



サンガーデン府中利用申込書

申込日 年 月 日					
ふりがな 利用者 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)					
住所:〒 TEL () -					
ふりがな 申込者(おもな連絡先) 利用者との関係()					
住所:〒 TEL () - 携帯TEL() -					
上記以外の連絡先① 氏名 TEL () - 続柄 携帯TEL() -					
上記以外の連絡先② 氏名 TEL () - 続柄 携帯TEL() -					
家族のお名前	別居・同居	続柄	年齢	居住市町村	備 考
	別居・同居				
	別居・同居				
	別居・同居				
	別居・同居				
	別居・同居				
認定済 (認定日 . .) ・ 申請中 (申請日 . .)					
被介護保険番号					(10桁で)
要介護認定	要支援1・要支援2・要介護1・2・3・4・5				
認定有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで				
標準負担額減免(ショート・入所のみ)	有(段階) ・ 無				
介護保険負担割合	1割 ・ 2割				
居宅サービス計画作成者					
医療保険種別	後期高齢者 ・ 社保(本人・家族) ・ 国保(本人・家族)				
生活保護受給	有(担当者) ・ 無				
現在の状況					
1. 自宅: かかりつけ医(すべてお書き下さい)					
(病院・診療所・医院 科 先生)					
(病院・診療所・医院 科 先生)					
2. 入院中:(病院 年 月 日 入院)					
3. 入所中:(施設名 年 月 日 入所)					
ご希望のサービス: 通所リハ(回/週) ・ ショートステイ ・ 入所					
ご希望の理由:					