



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) 明・大・昭 年 月 日生 (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 H . .) ・ 申請中 (申請日 H . .)										
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										
居宅サービス計画作成者 居宅介護支援事業所() (担当)										
医療保険種別 後期高齢者 ・ 社保(本人・家族) ・ 国保(本人・家族)										
標準負担額減免(ショート・入所のみ) 有(段階) ・ 無										
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) (病院・診療所・医院 科 先生) 2. 入院中:(病院 平成 年 月 日 入院) 3. 入所中:(施設名 平成 年 月 日 入所)										
ご希望のサービス: デイケア(回/週) ・ ショートステイ ・ 入所										
ご希望の理由:										