

小規模多機能型居宅介護サービス利用申込書

サンホームみかづき小規模多機能 志文の里

管理者 光 森 る み 様

申込日 令和 年 月 日

利用希望者

フリガナ		保険者	
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
性別	男・女	認定有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
現住所	〒 電話番号		
給付制限			
認定審査会の意見			

注：介護保険証を転記してください。

申込代理人（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください）

氏名		利用希望者との続柄	
現住所	〒 電話番号		

上記利用希望者について、介護保険法に基づき要介護の認定を受けましたので、このサービス利用申込書によりサービス利用を希望します。

申込理由	<input type="checkbox"/> 1 小規模多機能型居宅介護サービス利用により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 認知症等により通常の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 3 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 4 介護者がいない、介護者が入院等で介護が出来ない <input type="checkbox"/> 5 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 6 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 7 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 10 その他の理由（具体的にお書きください。）
同意書	利用希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 印