

社会福祉法人 六心会 複合福祉施設 離宮千里山 サービス利用申込書

申し込み日： 年 月 日

お申込者	氏名	印		続柄						
	住所	〒								
	電話番号									
ご利用希望者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	(歳)					
	住所	〒								
	電話番号									
利用希望サービス ※希望のサービスに ○を付けて下さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型特別養護老人ホーム 縁 (ゆかり) ・グループホーム 里 (みちのり) ・小規模多機能ホーム 楽 (このむ) 									
介護保険 ※該当箇所に ○を付けて下さい。	要介護状態区分		負担限度額認定		あり なし					
	要支援： 1 2		第1段階	第2段階	第3段階					
(認)日常生活自立度	なし	I	II	IIa	IIb	III	IIIa	IIIb	IV	M
担当 ケアマネジャー			所属 事業所							
かかりつけ 医療機関			電話番号							
主治医			診療科目							
既往歴 及び 現症病										
介護上の 留意事項 ご要望等										
			受理日	担当者	受付担当者					

※「介護保険被保険者証」「介護保険負担限度額認定証※お持ちの方のみ」のコピーを添付して下さい。