社会福祉法人　さくら会　　平成　　年　　月　　日

介護サービス利用申込書

□特別養護老人ホーム（ 風林荘 ）
□地域密着型特別養護老人ホーム（ オアゾSやましろ ・ 風林荘別館 ）
□短期入所生活介護（ 風林荘 ・ 風林荘別館 ）　□地域密着型グループホーム（風林荘）
□地域密着型デイサービス（ オアゾSやましろ ）　※希望に○印を（複数可）

（フリガナ） 氏　名	様			歳　男・女 M・T・S　年　月　日生	
住　所	〒				
電話番号	（　　）				
世帯区分	□一人暮らし　□高齢者世帯　□その他（　　）				
世帯状況	同居人氏名	性別	年齢	続柄	家族構成
主介護者	氏名：　　様　続柄：　□同居　□別居				
	住所：　勤務先： TEL： TEL：　携帯：				
連絡先	名前：　　様　続柄：				
	住所： TEL：　携帯：				
要介護 認定情報	保険者：			被保険者番号：	
	□要支援（　　）　□要介護（　　）　□申請中				
介護保険負担割合証	□1 割負担　□2割負担　□3割負担				
介護保険負担限度額認定証	□第１段階　□第２段階　□第３段階　□第４段階				
身体障害者手帳	□無　□有（　　種　　級　障害名：　　）				
医療保険	□後期高齢者医　□国保　□健保　□共済　□生活保護				
年金保険	□国民　□厚生　□その他（　　）　□年収（　　万円）				
主治医	医療機関名：　担当医名：				
	住所： TEL：				
在宅状況	担当介護支援専門員　氏　名：　　様 事業所名：　TEL：				
	待機場所：				
	サービス利用状況：				

※ 介護保険被保険者証（写）と介護保険負担割合証（写）を添付してください。
※ 介護保険負担限度額認定証を受けている方は写しを添付してください。
※ 申込み内容に変更が生じた場合は、ご連絡をお願い致します。

受領確認