

# 利用申込書

居宅介護支援事業所せとうち 管理者 殿

申込者

印

居宅介護支援（ケアプランの作成など）の利用を希望しますので申し込みます。

申 込 日	平成 年 月 日	本 籍 地	都・道・府・県		
本人氏名	フリガナ -----		性別	男 ・ 女	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生（ 歳）				
現住所	〒 電話番号（ ）				
現在の居所					
緊急連絡先	氏名	続柄（ ） 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）		電話	
	住所	〒		携帯	
	氏名	続柄（ ） 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）		電話	
	住所	〒		携帯	
家族の状況 （近親者）	氏名	年齢	続柄	住所	電話
<b>保険証などについて</b> （お手持ちの証書類に☑をしてください） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 老人医療受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費受給資格証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
<b>年金などの収入について</b> （年金の種類などに☑をしてください） <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
<b>その他について</b> （該当するものがありましたら☑をしてください） <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> （ ）					
<b>今後利用したい介護サービスについて</b> （ご希望がありましたら☑をしてください） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア） <input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> よくわからない					