

利用申請書

小規模多機能ホーム せとうちの郷 施設長殿

申込者

印

介護保険法による施設利用（小規模多機能）を希望しますので申請します。

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（ ）		電話	
		明・大・昭 年 月 日生（ 歳）			
	住所	〒		携帯	
	氏名	続柄（ ）		電話	
	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）				
	住所	〒		携帯	
利用料支払者	1.本人負担 2.一部縁故者 3.全額縁故者 4.その他（ ）				
家族の状況 (近親者)	氏名	年齢	続柄	住所	電話
保険について お手持ちの手帳類について○をしてください。 健康保険証 介護保険証 老人医療受給者証 被爆者手帳 身体障害者手帳 心身障害者医療費受給資格証 後期高齢者医療被保険者証 減額認定証					
年金について ご本人様が受給している年金の種類に○をしてください。 国民年金 厚生年金 共済年金 遺族年金 恩給 その他					
その他該当するものがありましたら○をしてください。 市町村民税非課税 生活保護					
入居希望理由					

施設処理欄

受付者		受付年月日	平成 年 月 日	入力の有無	
-----	--	-------	----------	-------	--

社会福祉法人 藤花会