

利用申込書

記入日：令和 年 月 日 下記の通り申し込みをしますので、受付をお願いします。

| | | | |
|---------------------------|--|-------------------------|--|
| 希望事業所名 | | | |
| 氏名 <small>ふりがな</small> | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | |
| 現在の住所 | 県 市・町・村 | | |
| 住民票上の住所 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外 (県 市・町・村) | | |
| 電話番号 | — — (携帯: — —) | | |
| 現在の施設・病院・ 受けているサービス | | | |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 未申請 (これから申請) <input type="checkbox"/> あり (支 1・2 介 1・2・3・4・5) | | |
| 負担割合 | 割負担 | | |
| 既往歴 | 今までかかった病気・ケガ等について記載してください。(「時期」と「病名」など) | | |
| 現病歴 | 現在かかっている病気・ケガ等について記載してください。(「いつから」と「病名」など) | | |
| かかりつけ医 | | | |
| 制度・認定証 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害等級 (級・) | | |
| 連帯保証人 | <input type="checkbox"/> あり (人) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 身元引受人 | <input type="checkbox"/> あり (人) <input type="checkbox"/> なし | | |
| ご連絡先① ※優先順位 1 | | | |
| 氏名 | 続柄 | | |
| 住所 | 電話番号 携帯電話 | — — — — | |
| ご連絡先② ※優先順位 2 | | | |
| 氏名 | 続柄 | | |
| 住所 | 電話番号 携帯電話 | — — — — | |

同意事項

私自身および家族、関係者等、本申込に関わる全ての者が下記の事項について理解し同意が得られましたので、私が代表して同意いたします。

- 入居にかかる書類および聴取した内容等に事実と反する事項がある場合、申込の無効、または入居後の取り消し(退居)をする場合があります。
- 必要な情報や資料の提出など手続きにおいて、全面的・積極的な協力が得られない場合は受付できません。
- 当グループが知り得た本人、関係者等に関する情報については、当グループ内での情報を共有や手続き上で参照・使用することとなります。
- 入居に関する判断について、関係各機関の判断を要した結果、ご希望に沿えない場合があります。
- 入居判定の結果、お申し込みのお断りや入居の順番が前後する場合がありますが、判定に関するお問い合わせには、一切お答えいたしかねますので、あらかじめご了承ください。

(代表同意者) 令和 年 月 日 氏名 (続柄) 印