

# □・スカーレ あおまだに 利用申込書

## ●ご利用を希望される方●

申込日 平成 年 月 日

お名前	明・大・昭 年 月 日生 男・女 (歳)		
住所	〒	—	
ご連絡先	( ) —		
介護度	申請中／要支援(1・2)／要介護(1・2・3・4・5) 認定日：平成 年 月 日		
主治医	医院名 (先生)		
	住所	TEL：( )	—
居宅介護支援事業所	事業所名 (担当：)		
	住所	TEL：( )	—

## ●ご家族様連絡先●

お名前	続柄( )		
住所	〒	—	
ご連絡先	自宅：( ) —		
	携帯：( ) —		
○ 同居又はお近くにお住まいでお世話いただけるご親戚の方をご記入ください ○			
お名前	続柄	年齢	ご連絡先

## ●希望サービス● (「□」にチェックの上、ご記入ください)

□ グループホーム	(平成 年 月 日から) 入所希望
□ 住宅型有料老人ホーム	(平成 年 月 日から) 入所希望
□ 通所介護	週 回程度希望 / (希望日：月・火・水・木・金・土・日)
□ 訪問介護	週 回程度希望 / (希望日：月・火・水・木・金・土・日)
利用目的	