

□・スカー□ あおまでに 利用申込書

● ご利用を希望される方 ●

申込日 令和 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・令和 年 月 日
主 治 医	医院名 (_____ 先生)
	住 所 Tel: (_____) _____
居 宅 介 護 支 援 所 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の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	(令和 年 月 日から) 入所希望
□ 住宅型有料老人ホーム	(令和 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	