

# 利用申込書

医療法人 アスピオス 様

- 高齢者住宅  
 通所 介護  
 訪問 介護
- の利用を申し込み致します。

フリガナ		男・女	生年月日	大正 年 月 日 ( 歳 )
利用者氏名				昭和 年 月 日 ( 歳 )
住 所	〒 - 県			電話 - -
申 請 者 (保護者)	( 続柄 )	生年月日	大正 年 月 日 ( 歳 )	昭和 年 月 日 ( 歳 )
住 所	〒 - 県			電話 - -

主 治 医	病院・医院 主 治 医	住所	〒 -
介護保険等	要介護度 : 自立 ・ 要支援Ⅰ ・ 要支援Ⅱ : 要介護度Ⅰ・要介護度Ⅱ・要介護度Ⅲ・要介護度Ⅳ・要介護度Ⅴ 有効期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
担当事業所	居宅介護支援事業所 : 介護支援専門員 :		
保 険	<input type="checkbox"/> 健康保険 ( 社保・国保・共済・組合・その他 ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者 <input type="checkbox"/> 特別医療受給者 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 ( 身体・精神 級 ) <input type="checkbox"/> 原爆医療被爆者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

利用者及び家族は、本申込書により契約するサービスに関するサービス担当者会議等において、  
貴事業所が個々の個人情報を用いる事に同意いたします。

氏 名	続 柄	住 所	電 話	同居・別居	主たる介護者

緊 急 時 の 連 絡 先	氏 名	続柄 ( )	電話
---------------------	-----	--------	----