

社会福祉法人刈谷田福祉会  
小規模多機能型居宅介護みやざわ苑 利用申込書

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |

| サービス事業所          | 所在地           | 電話番号 | 担当            | 備考      |
|------------------|---------------|------|---------------|---------|
| 小規模多機能型居宅介護みやざわ苑 | 長岡市栃尾宮沢1778番地 |      | 生活相談員・介護支援専門員 | 長岡市民に限る |

|              |        |        |  |
|--------------|--------|--------|--|
| 利用希望者        | ふりがな   | 性別     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  |
|              | 氏名     | 生年月日   | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和<br>年 月 日 生 |
|              | 住所 〒 - | 電話番号   |  |
| 申込者<br>(代理人) | ふりがな   | 性別     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  |
|              | 氏名     | 続柄     |  |
|              | 住所 〒 - | 自宅電話番号 |  |
|              |        | 携帯電話番号 |  |
|              |        | 勤務先    |  |

申込理由（利用者・家族の生活状況等）

|            |          |        |        |    |  |
|------------|----------|--------|--------|----|--|
| 緊急時<br>連絡先 | 第1<br>連絡 | 氏名     |        | 続柄 |  |
|            |          | 住所 〒 - | 自宅電話番号 |    |  |
|            |          |        | 携帯電話番号 |    |  |
|            | 第2<br>連絡 | 氏名     |        | 続柄 |  |
|            |          | 住所 〒 - | 自宅電話番号 |    |  |
|            |          |        | 携帯電話番号 |    |  |

|     |    |    |    |              |
|-----|----|----|----|--------------|
| 同居者 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 職業（勤務先・電話番号） |
|     |    |    |    |              |
|     |    |    |    |              |
|     |    |    |    |              |
|     |    |    |    |              |

|    |    |  |  |  |
|----|----|--|--|--|
| 住居 | 種別 | <input type="checkbox"/> 戸建（ <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 高床） <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅 |  |  |
|    | 居室 | <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階）   |  |  |

|                                 |                                 |  |  |                               |         |     |
|---------------------------------|---------------------------------|--|--|-------------------------------|---------|-----|
| 介護保険                            | 被保険者番号                          | 被<br>保<br>者  | <input type="checkbox"/> 長岡 <input type="checkbox"/> 見附 <input type="checkbox"/> 三条  | 認定日                           | H 年 月 日 |     |
|                                 | 要介護度                            | 要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2）    | 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5） |                               |         |     |
|                                 | 認定有効期間                          | 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで   |  |                               |         |     |
|                                 | 負担限度額認定証                        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（一日の食費 円） |  |                               | 負担段階    |     |
|                                 | ケアマネジャー                         | 氏名   | 事業所  | 電話番号                          |         |     |
|                                 | 利用中のサービス                        | 事業所名   | 回/週  | 利用中のサービス                      | 事業所名    | 回/週 |
|                                 | <input type="checkbox"/> 通所（デイ） |  |  | <input type="checkbox"/> 訪問介護 |         |     |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリ |                                 |  | <input type="checkbox"/> 訪問看護  |                               |         |     |
| <input type="checkbox"/> 短期入所   |                                 |  | <input type="checkbox"/> その他（ ）  |                               |         |     |

|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
| 健康保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他（ ） | 番号   |  |
|      | 医療限度額適用・標準負担額減額認定証  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II） |  |

|         |  |      |   |
|---------|--|------|---|
| 医療費助成   | <input type="checkbox"/> 県障（重度心身障害者） <input type="checkbox"/> 特定疾患医療   |      |   |
| 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 種 級、障害名 ）   |      |   |
| 精神障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B ） | 療育手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級） |

