

## 小規模多機能ホーム好日の家毛呂山 利用申込書

小規模多機能ホーム  
好日の家毛呂山  
管理者 殿

申 込 日	年	月	日
受 付 日	年	月	日

【申込者】

住 所	〒      ー		
(ふりがな) 氏 名		本人との関係	
連絡先(自宅)	(      )		
携帯電話	(      )		
その他連絡先	(      )		

下記のとおり、小規模多機能ホーム好日の家毛呂山への利用を申し込みます。

ご 利 用 者 名		性別	生 年 月 日	
(フリガナ)		男・女	明・大・昭	年    月    日    (    歳 )
住 所	〒      ー		電 話 番 号	(      )
生活形態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入院・入所    ( 施設名 )			
介護認定	要支援 ( 1・2 )	認定期間		
	要介護 ( 1・2・3・4・5 )	年    月    日 ~    年    月    日		
	被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
介護認定申請中 (    月    日申請 ) 申請予定日 (    月    日頃 )				
生活保護受給	有 ・ 無			
かかりつけ医	医療機関名 :			主治医氏名 :

### ご家族・関係者

氏 名	続柄	住 所	連 絡 先
身元引受人 (キーパーソン) (フリガナ)		〒      ー	(自宅)
		(勤務先名)	(携帯電話)
(フリガナ)		〒      ー	(自宅)
		(勤務先名)	(携帯電話)
(フリガナ)		〒      ー	(自宅)
		(勤務先名)	(携帯電話)

※裏面にもご記入をお願いします

