

指定短期入所生活介護「咲楽の里」 利用申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
住 所	〒		
連 絡 先	※必ず連絡できる場所をご記入下さい。 1. TEL () - 2. TEL () -		
申込者氏名	(印)	続 柄	
利用者の 同意の有無	有 ・ 無		

※原則として利用申込者は本人又は代理人となります。
 ※今後の連絡先とさせていただきますので必ず連絡できる電話番号をご記入下さい。
貴施設を利用したいので次のとおり申し込みます。

利用 者	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日
	現 住 所	〒		

被 保 険 者 証	有 効 期 限	年 月 日	認 定 年 月 日	年 月 日
	被 保 険 者 番 号		認 定 の 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	交 付 年 月 日	年 月 日	居 宅 サ ー ビ ス	年 月 日 ~ 年 月 日 まで 1月当たり 円
	保 険 者 番 号		要 介 護 状 態 区 分 等	

家 族 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	※主たる介護者に◎をつけて下さい。 ※介護上の問題や注意点、ご要望がございましたら ご記入下さい。

主治医・かかりつけ医について、該当する医療機関名と医師名をご記入下さい。

①

②

身 元 保 証 人	フリガナ		生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日
	氏 名	(印)	性 別	男 ・ 女
	現 住 所	〒	同 居 の 別	同居 ・ 別居
	連 絡 先	電話 ()		

誓 約 書	身元保証人は、利用者が入所され貴施設利用中に、下記の事由が生じたときには、直ちに退所させられても異議はありません。			
	1. 利用者の病状・心身の状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護サービスの提供が不可能になったとき。			
	2. 利用者が故意又は重大な過失により、当施設又はサービス提供者若しくは他利用者等の生命、身体、財物、信用などを傷つけ又は著しい不信行為を行うなど、重大な事情を生じさせたとき。			
	3. 利用者が既に実施されたサービス利用料金の支払いを怠ったとき。			
	4. その他上記に準じる行為がみられたとき。			

同 意 書	利用における資料作成のため、介護支援専門員等による調査の受け入れや、居宅介護支援事業者からサービス利用票等の写しを徴することに同意します。 _____ 本人又は代理人 (印)
-------------	--