

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護利用申込書

平成 年 月 日

小規模多機能型居宅介護事業所 ひよしの家
管理者 中島善隆宛

申込者氏名 印 利用者との関係

住所 電話

下記のとおり、小規模多機能型居宅介護事業所「ひよしの家」を利用したく申し込みます。

利用者	氏名	男女	明大昭	年	月	日
	住所	電話				
利用者の現在の状況	1, 自宅で生活 (主な介護者) 2, 病院に入院中 (病院名) 年 月 日 ~ 入院 3, その他 (介護保険施設に入所中等)					
介護認定状況	要支援1 : 要支援2 要介護1 : 要介護2 : 要介護3 : 要介護4 : 要介護5					
利用希望の動機・理由						
送迎	1, 事業所送迎 2, ご家族送迎					
距離	利用者宅から事業所までの距離 約 Km					

※利用開始希望日 平成 年 月 日