

小規模多機能型居宅介護 プラット高町 利用申込書

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日
希望者氏名	様 (男・女)	(大正・昭和) 年 月 日 (歳)
住 所	〒	電 話
家族構成		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 年 月 日)	
	認定有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
	担当ケアマネジャー：	
既往歴	現在までの通院・入院歴 (分かる範囲で結構です)。病院・施設等に入院、入所中の場合は連絡先も記入ください	
連絡先	氏名： 様 (男・女)	続柄：
	住所：	電話： (自宅) (携帯)

*当申込書にて入手した個人情報は、当施設での支援以外には利用致しません