

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	0258-52-0002	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	ミヤザワ エイチ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	宮沢 苑一	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 10年 10月 1日生
	住所 〒	940-0233 長岡市栃尾宮沢1778	電話番号	0258-53-0000
申込者 (代理人)	ふりがな	ミヤザワ ソノ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏名	宮沢 苑子	続柄	子
	住所 〒	-	自宅電話番号	0258-53-0000
			携帯電話番号	090-0000-0000
	勤務先	(株)0000		

申込理由（利用者・家族の生活状況等）

（本人）交流の機会をもちたい。自宅では入浴がうまくできない。

（子）仕事の関係で、夕方からの出勤や急な出張があり、そのときに介護ができない。

緊急時 連絡先	第1 連絡	氏名	宮沢 苑子	続柄	同上
		住所 〒	-	自宅電話番号	同上
			同上	携帯電話番号	同上
	第2 連絡	氏名	栃尾 二郎	続柄	弟
		住所 〒	940-0234	自宅電話番号	0258-53-0000
			長岡市栃尾泉0000	携帯電話番号	090-0000-0000

同居者	氏名	宮沢 苑子	年齢	48	続柄	子	職業（勤務先・電話番号）	(株)0000商事

住居	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建（ <input checked="" 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 checked="" 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	8	保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 長岡 <input type="checkbox"/> 見附 <input type="checkbox"/> 三条	認定日	26年 1月 1日		
	要介護度	要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2） 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）						
	認定有効期間	平成 26年 2月 1日から平成 28年 1月 31日まで						
	負担限度額認定証	<input checked="" 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	〇〇 〇〇	事業所	〇〇〇〇〇〇	電話番号	53-0000	
	利用中のサービス	事業所名	〇〇〇〇〇〇	回/週	3	利用中のサービス	事業所名	回/週
		<input checked="" type="checkbox"/> 通所（デイ）	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 訪問介護				

健康保険	<input checked="" 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	〇〇〇
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 種 級、障害名 ）
精神障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B ）
療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）

