

受付番号

「サン・シティ」サービス利用申込書

社会福祉法人 友和会 理事長 森田 廣 殿

申込年月日 令和 年 月 日

下記のとおり申込みします。

利用事業名	①居宅介護支援事業 ②短期入所生活介護事業（ショートステイ） ③通所介護事業（一般型デイサービス・認知症対応型デイサービス） ④訪問介護事業（ホームヘルパー） ⑤通所介護事業（グループホーム共有型デイサービス）											
被保険者	ふりがな 氏名						性別	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 歳		
	住所	〒										
	被保険者番号								判定結果	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	認定有効期間	年 月 日 から 令和 年 月 日まで					認定年月日	H・R 年 月 日				
申込者	ふりがな 氏名						性別	男・女	被保険者との続柄		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所	〒										
緊急時 連絡先	ふりがな 氏名						性別	男・女	続柄		勤務先	名称 TEL - -
	住所						携帯電話					
							生年月日	昭・平 年 月 日				
かかりつけ 医師の関係	医療機関名						主治医の氏名					
	所在地	〒										
家族 構成	氏名	続柄	年齢	職業	特記 事項							
		本人		――								
					備考 欄							

留意事項

- 1、申込書が提出された後、被保険者宅へ生活状況を伺いに訪問させて頂く場合がございます。
- 2、支給限度額をこえた介護保険サービス経費は、被保険者が全額負担することになります。
- 3、被保険者が支払う諸費用は、全て社会福祉法人友和会の指定銀行口座に振り込むことになります。