

ちよだ小規模多機能ホーム 利用申込書

令和 年 月 日

利用者	フリガナ 氏名		男・女	M・T・S	年	月	日	歳
	住所	〒						
	TEL	①	②					
	被爆者健康手帳	有・無		身体者障害者手帳	有・無			
	生活保護受給者証	有・無						
	主治医 病院名							
	既往歴							
	居宅介護支援事業所				担当			
	介護度			認定期間	～			
	①氏名				歳	本人との続柄		
家族名	住所	〒						
	連絡先	①	②					
	②氏名				歳	本人との続柄		
	住所	〒						
	連絡先	①	②					
	※緊急時の連絡に利用します。必ず、ご記入ください。							

申し込みに関する同意欄

※利用に際し、ちよだ小規模多機能ホームの職員が、介護支援専門員・かかりつけ医に対し、利用の決定、リハビリ・療養・介護等に必要な情報を伺います。

以上の内容に同意して、利用申し込みをします。

氏名 _____