**葛飾区内通所介護事業利用申込書**

☆ 該当事項に記入・○印をお願いいたします。

☆ この利用申込書のご提出のほかに、利用者と事業者で契約を結ぶ必要があります。

**所長あて**2024.12

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **届　出　者** | **ふりがな** |  | **続柄** | **本人　　・　　家族****ケアマネジャー****その他｛　　　　　　　｝** |
| **氏　　名** |  |
| **居宅介護支援事業所名** |  | **事業所番号** |  |
| **連絡先** | **TEL　　　　(　　　　　)　　　　　　FAX　　　　　(　　　　　)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込日** | **年　　　月　　　日** | **区分** | **新規　　・　　変更** |
| **利****用****者** | **被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **保険者** |  | **生活保護** | **有　　・　　無** |
| **ふりがな** |  | **性別** | **男　　・　　女** |
| **氏　　名** |  | **生年月日** | **年　　　月　　　日** |
| **住所** | **〒　　　　　－****葛飾区　　　　　　　　丁目　　　　　番　　　　号　方書** |
| **電話番号** | **(　　　　　　　)** |
| **要介護度** | **事業対象者　・　要支援　（　１　・　２　）　・　要介護　（　１　・　2　・　3　・　4　・　5　）** |
| **有効期間** | **年　　　　月　　　　日　　～　　　　　年　　　　月　　　　日** |
| **連絡先** | **ふりがな** |  | **続柄** |  |
| **氏　　名** |  | **電話番号** | **（　　　　）** |
| **医****療** | **ふりがな** |  | **医療機関名** |  |
| **主治医氏名** |  | **電話番号** | **（　　　　）** |
| **診断名（病名）** |  | **認知症診断** | **有　　・　　無** |
| **施設への希望** | **利用希望日** | **週　　　回　/ 　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　・　曜日の希望なし** |
| **利用希望時間** | **２～３時間　・　３～４時間　・　４～５時間　・　５～６時間　・　７～８時間　・　８～９時間** |
| **送迎** | **往復　　　・　　　片道　（　行き　・　帰り　）　　・　　　不要** |
| **昼食** | **必要　　　　・　　　 不要** | **認知症専用コース** | **希望する　・　希望しない** |
| **入浴** | **必要 （　週　　　 回 /　　一般浴　・　機械浴　）　・　　　不要** |
| **その他** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受付 | 種別 | ケアプラン | 備考 |
| FAX | 一号 | 事業者 |  |
| 郵送 | 二号 | 自己作成 |
| その他 | その他 | なし |