**利 用 申 込 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　□　介護老人福祉施設　ル・ソラリオン

　□　介護老人福祉施設　ル・ソラリオン名和

　□　介護老人保健施設　ル・サンテリオン

　□　介護老人保健施設　ル・サンテリオン東郷

　□　地域ケアセンター　マグノリア

　　　　　　 上記施設を利用したいので次のとおり申し込みます。

**１．利 用 者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　 所 | 〒 － |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　 名 | （ 男・女 ） |
| 生 年 月 日 | ［明治・大正・昭和］ 　　年　　　月　　　日　（ 　　歳） |
| 連 絡 先 | 自宅 TEL　　　　　　　　(　　)　　　　 その他 TEL　　　　　( 　 ) |

**２．申 込 者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　 所 | 〒 － | | |
| フ リ ガ ナ |  | 利用者との続柄 | 年　齢 |
| 氏　 名 |  |  | 歳 |
| 連 絡 先 | 自宅 TEL　　　　　　　　(　　)　　　　その他 TEL　　　　　( 　 ) | | |

**３．家族及び近親者の状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 住　　　所 | 連絡先（TEL） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　　　介護サービス計画作成に必要な介護認定訪問調査表と医師の意見書の写しを

　　施設が市町村よりいただくことに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印