

介護サービス利用申込書

医療法人 栄心会

さかえライフハート美術館通り

I. ご希望の介護サービスに○印を付けて下さい。

サービスの種類 (利用条件)	1. 小規模多機能型居宅介護 自宅からの「通い」を中心に、「泊まり」や「訪問」を柔軟に組み合わせて、なじみの職員がサービスを提供します。 「通い」を中心にする事で、利用者の生活リズムをつくり、社会との接点も維持し、本人や家族が安心して在宅生活を送れるよう支援するサービスです。 (要介護1~5)	2. 認知症対応グループホーム 認知症により自宅での生活が困難になった高齢者が、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を営んでいただけるよう支援する住居です。 少人数の中でなじみの関係をつくり上げることで、生活上のつまづきや行動障害を軽減し、心身の状態を穏やかに保てるよう支援するサービスです。 (要支援2、要介護1~5)
-----------------------	---	---

II. 太枠内をご記入の上、ご提出願います。

お申込み日	年 月 日			No.
利用ご予定者様氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明治大正昭和 年 月 日 (歳)
住 所 (介護保険証の住所)				
要支援・要介護認定の状況	要支援 1・2 申請中 未認定 要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
現在の介護サービスのご利用状況	1. 自宅等で介護サービスを利用している (居宅介護支援事業所名 :) 2. 病院・老人保健施設・老人ホーム等に入院・入所している (施設名 :) 3. その他 ()			
ご本人様の状態および利用ご希望理由				
身元引受人様氏名	フリガナ	続柄		
住 所				
電 話 番 号		携帯電話		
入居ご予定者様もしくは身元引受人様のご署名		ご芳名:	印	

※ ご入居者様又は身元引受人様のご承諾のない限り、お預かりした個人情報をご利用目的以外に使用することはありません。

※ 本申込書の提出がご利用の決定ではございません。本申込書はご利用決定の為に必要な書類の一つになります。

〔問合せ・申込先〕 さかえライフハート美術館通り
 郡山市下館野11-1(美術館通り沿い)
 TEL. 024-973-6367 FAX. 024-973-6368

〔運 営 主 体〕 医療法人 栄心会 さかえ内科クリニック
 郡山市横塚2-15-6 TEL. 024-941-2202