令和　　年　　月　　日

てらの桜園利用申込書

ふりがな ご利用者 氏　名	(姓)	(名)	生年月日	明治・大正・昭和　(性別　男・女) 年　月　日(満　歳)
住　所	〒　－　　TEL：　―　―			

家族構成　(利用希望者と同居されている家族)				
氏　名	性別	続柄	生年月日	勤務先名　(電話番号)
	男・女		明・大・昭・平 年　月　日	TEL：　－　－
	男・女		明・大・昭・平 年　月　日	TEL：　－　－
	男・女		明・大・昭・平 年　月　日	TEL：　－　－
	男・女		明・大・昭・平 年　月　日	TEL：　－　－
	男・女		明・大・昭・平 年　月　日	TEL：　－　－
家族構成　(利用希望者と同居されていない扶養義務者)				
氏　名	性別	続柄	生年月日	勤務先名　(電話番号)
	男・女		明・大・昭・平 年　月　日	TEL：　－　－
	男・女		明・大・昭・平 年　月　日	TEL：　－　－

経済状況	本人収入 有・無	年金	種　類:(　　)　(　　) 年　額:(　　)　(　　)

現　況	該当する項目にチエックし、必要事項を記入して下さい。 口 自　宅　(主たる介護者　:　　) 口 入院中　(病院名　:　　) 口 施設入所中　(施設名　:　　) 口 その他　(　　)
利用中のサービス	該当する項目にチエックし、必要事項を記入して下さい。 口 ショートステイ　(利用施設名　:　　) 口 デイサービス　(利用施設名　:　　) (利用頻度　:　週　回程度) 口 ホームヘルパー　(利用事業所名:　　) (利用頻度　:　週　回程度) 口 その他　(　　)

現在利用されている居宅介護支援事業所名		介護支援専門員名	
現在の介護度	1・2・3・4・5	介護認定期間	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日