

# 利用申込書

社会福祉法人 筑水会  
筑水苑かすみがうら

No.

受付日 年 月 日

希望サービス <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	
フリガナ 利用者名	男・女 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 歳
住所 〒□□□□-□□□□	電話 — — FAX — — 携帯 — —
現在地 1. 自宅 2. 病院 3. 老人保健施設 4. 養護・軽費・有料老人ホーム・ケアハウス 5. その他( )	施設名 電話 — — FAX — — 携帯 — —
利用開始日: 平成 年 月 日	電話 — — FAX — — 携帯 — —

## 介護保険内容※

区市町村名	区・市・町・村	保険者番号	□□□□□□□□
被保険者番号	□□□□□□□□□□		
要介護度	要支援 1・2	総合事業	
	要介護 1・2・3・4・5	申請中 (申請日 平成 年 月 日)	
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
負担割合	1割	2割	
負担限度額認定区分	第1段階	第2段階	第3段階 第4段階
登録ケアマネージャー	事業者名	電話	— —
	担当者名	FAX	— —
		携帯	— —

## 医療保険内容※

後期高齢者医療保険	国民健康保険	その他( )
生活保護	福祉事務所	課 係 担当者
	電話 — —	FAX — —

## その他※

身体障害者手帳・愛の手帳	有・無	種類・記号番号	
標準負担額減額認定証・受給者証	有・無	種類・記号番号	
年金・恩給	有・無	種類・記号番号	

フリガナ 申込者	続柄	電話 — — FAX — — 携帯 — —
住所 〒□□□□-□□□□	利用者との関係 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疎遠 <input type="checkbox"/> その他( )	

ご記入いただき、ありがとうございました。  
返信方法: 郵送・FAX 又は 受け取り希望  
※ 受け取りをご希望の際は、右記宛までご連絡を  
宜しくお願い致します。

住所: 300-0121  
茨城県かすみがうら市中央倉6150-5  
お問合せ先 TEL 029-869-6331  
FAX 029-869-6332