「小規模多機能ハウスほがらか」　利用申込書

申込日：　令和　　年　　月　　日

以下の通り、「小規模多機能ハウスほがらか」の利用を申し込みます。

申込者	フリガナ		本人との関係
	氏　　名		
	住　　所	（〒　　－　　）	性　　別 □ 男・□ 女
	電話番号	（自宅）　　（携帯）	

対象者	フリガナ		生年月日	年　　齢
	氏　　名			歳
	住　　所	（〒　　－　　）　※住所地：　□　熊本市		性　　別 □ 男・□ 女
	電話番号	（自宅）　　（その他）		
	かかりつけ医	①医療機関名：　　主治医：		
		②医療機関名：　　主治医：		
	要介護認定	（　　）　期間：　　～		
	介護サービスの利用状況について			
	□　入院中		医療機関名	
	□　介護保険施設入所中		施　設　名	
	□　その他の施設入所中		施　設　名	
	□　在宅	地域包括支援センター名	担当者名　（　　）	
	□　在宅	居宅介護支援事業所名	担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ　（　　）	

申込理由	（現在の状況や困っていることをご記入ください。）

備考	