**地域密着型サービス利用についての情報提供書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | |  | | １ | | １ | | | ３ | | | ８ | | ３ | | | | | ７ | |
| 被保険者 | |  | |
| 被保険者番号 | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | |  | |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | 性　　別 | | 男・女 | | | | | | 介護度 | | | |  | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒　　　－  埼玉県児玉郡神川町大字  電話番号　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | 住宅状況 | | | 自 家  借 家 | | | |
| 事業所の  所在地及び  名　　　称 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏　　　名 | 生 年 月 日 | 性別 | 続柄 | 生計中心者に○をつけてください | | | | | | | | | | | | 備　考 | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 世帯員 |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 利用に関する理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の現状  利用者の希望理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記入日：　　　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所等名:

事業所所在地：

担当者職・氏名:　　　　　　　　・

連絡先:Tel:　　　　　　　　Fax:　　　　　　　　e-mail: