**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: