サービス利用届出書

認定期間の半数を超えるショートステイ利用や他市町村の地域密着型、頻回訪問等の届出にご使用ください。提出前にご相談いただけるとスムーズに対応できます。

　　阿智村長　様

令和　　年　　月　　日

下記のとおり　　　　　　　　　　　　サービスを利用したいので、届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出が必要な事項 |  |
| 申請者利用希望者 | ふりがな |  | 被保険者番号 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連　絡　先 | 電　　話 | 自宅　　　　　　　　　　　　　（携帯　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　 |
| 記　入　者 | 氏　名 |  | 希望者との続柄 |  |
| 連絡先（電話） |  |
| 介　護　度 |  | 認定期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 主　治　医 | 氏名 |  | 医療機関 |  |
| 家族の状況 |  |
| 身体等の状況 |  |
| サービス利用を希望する理由 |  |

ケアプラン（１～３票）を添付の上、提出してください。