

社会福祉法人 近江薫風会
スマイルデイサービスセンターご利用申込書

記入日 年 月 日

お申込み日		年 月 日	ご希望通所開始日		年 月 日
利用者様	ふりがな				生年月日
	氏名	男 ・ 女	M・T・S	年	月 日 (才)
	住所(介護保険証の住所)		電話		
			(自宅)	()	
			(携帯)	-	-
	状況	介護認定度()	認定有効期間		
保険者番号		被保険者番号			
ご家族以外でそのご利用者様の以前の状況がわかる方の連絡先		ケアマネージャー・主治医・施設等の担当者の連絡先・お名前			
備考	病歴・身体状況等				

身元保証人様	ふりがな	年齢	続柄
	氏名	才	
	住所	電話番号	
		(自宅)	()
	(携帯)	-	-
日中連絡先		〔電話番号〕 ()	

年 月 日	
利用者様	①
身元保証人様	①