（　利用者　➡︎　実施団体　）

|  |
| --- |
| 令和　○　年　○　月　○　日**宝塚市訪問型サービスB利用申込書**　（あて先）　団体名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申込者）　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問型サービスBを利用したいので、次の通り申し込みます。 |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　○○年　○○月　○○日 | 年齢 | ○○　歳 |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※介護保険被保険者証に記載されている１０桁の被保険者番号 |
| 要介護認定区分 | □要支援１　□要支援２　□事業対象者□継続利用要介護者：要介護（　　　） |
| 担当地域包括支援センター | □小林　□逆瀬川　□御殿山　□小浜　□長尾　□花屋敷　□西谷　 |
| ケアプラン作成事業者 | □上記の地域包括支援センター |
| □居宅介護支援事業所（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する生活支援サービス | □買い物　　　□ベッドメイク　　　□掃除　□調理　　　　□洗濯　　　　　　　□衣類の整理□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 自宅（　○○　―　○○○○　― ○○○○　）携帯（　○○○ ―　○○○○　― ○○○○　） |
| 特記事項 |  |