

年 月 日

社会福祉法人 聖ヨハネ会  
桜町高齢者在宅サービスセンター 様

通所介護・認知症対応型通所介護・総合事業通所型サービス  
利用申込書

利用者氏名 (男・女)	T・S 年 月 日 生 歳			
住所	電話 ( )			
上記以外の連絡先 氏名	電話 続柄 ( ) ( )			
保険区分	事業対象者	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	申請中
保険者 小金井市(132100)	被保険者番号			
認定有効期間	年 月 日	～	年 月 日	

サービス依頼内容	サービス提供開始希望日 年 月 日 ( )
----------	--------------------------

利用者状況・サービス依頼理由等
-----------------

居宅介護支援事業所  
地域包括支援センター

事業者名	
事業者番号	
電話番号	
担当ケアマネージャー	

※介護保険被保険者証の提示をお願いします。