

葵の園・上越

利用申込書

希望サービス☐入所☐通所

		申込日		年 月 日					
利用者希望者	フリガナ				男・女	明治 大正 昭和	年 月 日 生		
	氏 名						(歳)		
	住 所	〒 -					TEL ()		
	現在の居場所		☐ 自宅 ☐ 病院(名称：) ☐ 他施設(名称：)						
	要介護区分		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5						
	有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日			☐ 申請中 ☐ 区分変更中(申請日 年 /)			
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名		事業所名		TEL () -			
	健康保険		☐ 後期高齢者医療 ☐ 生活保護(担当ワーカー名) ☐ その他 ()						
	身体・精神障害者手帳		☐ 無 ☐ 有 (種 級 障害名：)						
	その他 保険証		☐ 無 ☐ 有 (☐ 県障 ☐ 自立支援医療【更生・精神】 ☐ 特定疾病)						
	介護保険負担割合証		☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割						
	介護保険負担額認定証		☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有 (☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階②)						
	上越市介護保険サービス利用者負担金助成認定証		☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有 (☐ 2段階A ☐ 2段階B ☐ 3段階)						
収入(年金など)		☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ その他 () 1ヶ月 円 くらい							
申込者	フリガナ				男・女	年齢	続柄	勤務先	
	氏 名							TEL	
	住 所	〒 -			自宅	()			
					携帯	()			
緊急時連絡先	氏名		続柄	年齢	同居 別居	住所		電話番号	
	(☐ 申込者と同じ)				同居 別居	〒 -		自宅	()
								携帯	()
								勤務先 () TEL	
	②				同居 別居	〒 -		自宅	()
								携帯	()
								勤務先 () TEL	
	③				同居 別居	〒 -		自宅	()
								携帯	()
								勤務先 () TEL	

