

日常生活支援事業利用申込書

利用者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H	年 月 日生まれ		
住所				
電話		携帯		
要介護・障害等級等				
福祉サービス利用等で担当者(ケアマネージャーや支援相談員等)がおられる場合、事業所と担当者名				

家族氏名	(続柄)		
住所			
電話		携帯	

既往歴(お薬の説明書コピーを頂戴します)	年 月頃	疾患名	治療中・治療済(○をつけて下さい)
	年 月頃	疾患名	治療中・治療済(○をつけて下さい)
	年 月頃	疾患名	治療中・治療済(○をつけて下さい)

介護サービス等利用状況	サービス事業所名	
	サービス事業所名	
	サービス事業所名	

私、_____は、特定非営利活動法人優人の運営する日常生活支援事業への申し込み（サービス内容・留意事項・利用料金表）について説明を受けた為、サービス開始に同意致します。

会員入会希望	要 ・ 不要（どちらかに○を付けて下さい。）
--------	------------------------

令和	年	月	日
----	---	---	---

利用者住所	氏名	続柄
-------	----	----

利用者家族住所	氏名	続柄
---------	----	----

利用者代理人住所	氏名	続柄
----------	----	----