

施設長	副施設長 (総務)	副施設長 (看護)	担当

受付	年	月	日
申出番号	No.		

利 用 申 込 書

利用希望（利用希望のいずれかに○をして下さい。）

松ケ浦荘	入所	・ ショートステイ	・ デイサービス	・ ホームヘルパー
松寿荘	入所	・ ショートケア	・ デイケア	
ケアハウス俊幸	入所			
みかんの花	入所			
たんぽぽの花	入所			
オリーブの花	利用			
愛の音	入所			

利用希望者の状況

ふりがな							
氏名					男 ・ 女		
生年月日	明治	・ 大正	・ 昭和	年	月 日 () 歳		
住所	〒 —				電話 () —		
かかりつけ病院							
現病名							
介護保険	要支援 ・ 要介護		1	・ 2	・ 3	・ 4	・ 5
	認定期間	H ・ R	年	月	日	から	
		H ・ R	年	月	日	まで	
	被保険者番号						
負担限度額	食事限度額	円	第	段階	保険者		

居宅支援事業所			
担当者名	電話 () —		

申込者（連絡先） ※上記の方と同じならば省略可能です。

氏名				印	続柄 ()
住所	〒 —				
電話	昼				
	夜				
	携帯				

介護保健サービス利用に係る個人情報の利用に関する同意書

令和 年 月 日

私()は、社会福祉法人松寿会にて介護保険サービスを受けるために必要な私個人の情報を、以下の範囲で利用することについて同意します。
個人情報については次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することを認めます。

記

1. 使用する目的

施設利用における事前調査書の作成

2. 使用する範囲

社会福祉法人松寿会(松ヶ浦荘・松寿荘・俊幸・みかんの花・たんぽぽの花・オリーブの花・愛の音)及び香川県、介護保険の保険者

3. 使用する期間

利用申し込みから利用開始までの間(利用開始後は新たに同意書を頂きます。)

4. 条 件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係職員以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

以上

社会福祉法人 松寿会
理事長 松 浦 裕 子 殿

本人署名	印
------	---

本人が署名できない場合

理 由	・同意があるが身体が不自由で記載できない。 ・同意の意思を表明、確認できない。(心身喪失等により) ・その他()
代筆者氏名	印 続柄 ()
住 所	
電 話 番 号	

現在の状況
