別記第７号様式（第９条関係）

　　　年　　　月　　　日

豊島区長様

　豊島区通所型サービスB事業利用申込書

**太枠部分のみ記載してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | T ・ S　　 年月　日（年齢　　　　　歳） |
|  |
| 住　　所 | 豊島区　 |
| 電　　話 |  |
| 緊急連絡先 | 1 | 氏名：　 | 続柄：　 |
| 住所：　 | 電話：　 |
| 2 | 氏名：　 | 続柄：　 |
| 住所：　 | 電話：　 |
| 利用内容 | 団体名 |  |
| 利用開始日 | 　年　　　月　　日 |
| 利用にあたっての目標 |  |
| 担当ケアマネジャーの有無 | □担当ケアマネジャーがいる　　□担当ケアマネジャーはいない |
| ※担当ケアマネジャーとは、要支援等の認定のある方のサービス利用のための連絡・調整をする職員のことです。**以下、担当包括記載欄（※ケアマネジメントによる利用者のみ）** |
| 利用区分　 | □ケアマネジメントあり（□事業対象者　　□要支援１・２　　□要介護１・２） |
| 介護保険被保険者番号 | 　 |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 担当センター | センター | 　　高齢者総合相談センター |
| 対応者 |  |
| 利用にあたっての留意事項※1 |  |

※1　食事のアレルギーや塩分制限、身体状況（腰痛や麻痺）等で留意すべき事項を記載してください。

　重篤なアレルギー等の配慮が必要な場合は、会食はお断りすることがあります。

（受付欄）

（同意欄）上記記載の個人情報は高齢者福祉課、高齢者総合相談センター

及び通所型サービスB事業実施団体に共有する旨同意する。

　　　年　　月　　日　　　　　署名