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