

# 院内付き添いサービス利用申請書

年 月 日

院内付き添いサービスの利用を申請します。

申請者	住所	〒	電話	
	氏名		利用者の続柄	

利用者	住所	〒	電話	
	氏名		生年月日	年 月 日
	要介護状態の区分等		要介護 1・2・3・4・5 (○をつけてください)	

受診した内容について、担当ケアマネジャーに共有することについて、同意いたします。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者 \_\_\_\_\_

本人が署名できない場合は、家族等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。