



利用申込書

年 月 日

社会福祉法人せいひ会 事業所管理者 様

貴事業所に以下のサービスの利用を申し込みます。

<input type="checkbox"/> 元亀の里	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 通所リハビリ
<input type="checkbox"/> グループホームせいひ	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> 風和の里	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/> ヘルパーステーション元亀	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 第1号訪問事業訪問型サービス
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム寿限無	<input type="checkbox"/> 地域密着型福祉施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/> 小規模多機能じゅげむ	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> せいひ会居宅介護支援事業所	居宅介護支援
<input type="checkbox"/> ティービィズツタ-丘の家	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 第1号通所事業通所型サービス

- 利用申込まれる方(ご本人)についてご記入ください。太線枠内は必ずご本人の自筆で記入ください。(やむを得ない理由によりご家族等が代筆される場合は、代筆者及びその理由をご記入ください。)

フリガナ 利用者氏名	Ⓜ (男・女)	生年月日 年 月 日生
住 所		
電話番号 () << 様方 >>		
かかりつけ医		
申請: 未・済 (申請日: 年 月 日)		
介護保険 要介護度: 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)		
有効期間: 年 月 日から 年 月 日まで		
居宅サービス計画作成依頼: (担当:)		
<<代筆の場合⇒ 代筆者: (続柄:)・代筆理由 >>		

- 今後のご連絡や、利用開始後の緊急時等連絡先確保のために、ご家族等の状況についてお尋ねします。ご連絡するうえで、ご家族の代表となられる方には「家族代表」として記名押印いただき、続いて、家族代表の方に連絡が取れない場合の、他のご家族の連絡先をご記入ください。(電話番号については、自宅・携帯・職場など複数の連絡先をご記入いただければ幸いです。)

続 柄	氏 名	住 所	電話番号	備考
家族代表	Ⓜ		自宅 携帯 職場	請求 同居 介護
			自宅 携帯 職場	請求 同居 介護

※「請求書送付先」「同居の家族」「家庭での主な介護者」に該当する方は備考欄内に○を記入ください。

- 介護老人保健施設利用申込の場合: 特別室の利用希望 ⇒ 無・有

「介護・診療情報の提供および個人情報の保護に関するお知らせ」

当法人は、利用者の皆様への説明と納得に基づくサービス提供（インフォームド・コンセント）および個人情報の保護に積極的に取り組んでおります。

「介護・診療情報の提供」

- ◆ ご自身の症状やケアについて質問や不安がおありになる場合は、遠慮なく、直接、医師、看護師または相談員に質問し、説明を受けてください。この場合には特別の手続きは必要ありません。

「介護・診療情報の開示」

- ◆ ご自身の介護・診療記録の閲覧や謄写をご希望の場合は、遠慮なく、総務部へ開示をお申し出ください。なお、開示・謄写に必要な実費は請求させていただきます。

「個人情報の内容訂正・利用停止」

- ◆ 個人情報とは、氏名、住所等の特定の個人を識別できる情報を言います。
- ◆ 当法人が保有する個人情報（介護・診療記録等）が事実と異なると思われる場合は、個人情報の内容訂正・利用停止を求めることができます。職員にお申し出ください。調査の上、対応いたします。

「個人情報の利用目的」

- ◆ 個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。
- ◆ サービス提供のために利用する他、事業運営、教育・研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設との連携等のために、個人情報を利用することがあります。また、外部機関による第三者評価、学会や出版物等で個人名が特定されないかたちで報告することがあります。
- ◆ 当法人施設は介護職等の研修施設に指定されており、研修・養成の目的で、研修医および介護・医療専門職等の学生等が、診療、看護、介護などに同席する場合があります。

「ご希望の確認と変更」

- ◆ 利用予定の変更、介護給付・保険証等の確認、その他緊急性を認めた内容について、利用者ご本人に連絡する場合があります。
- ◆ 居室等における氏名の掲示を望まない場合には、お申し出下さい。ただし、事故防止・安全確保のためには、氏名の掲示が望ましいです。
- ◆ 電話あるいは面会者からの部屋番号等の問い合わせへの回答を望まない場合には、お申し出ください。
- ◆ 広報誌・ホームページでの写真・氏名等の掲載を望まない場合には、お申し出ください。
- ◆ 一度出されたご希望は、いつでも変更することが可能です。お気軽にお申し出下さい。

「相談窓口」

- ◆ ご質問やご相談は、各部署責任者または以下の個人情報保護相談窓口をご利用下さい。

【個人情報保護相談窓口】 社会福祉法人せいひ会 総務部（Tel:0959-28-1100）

私共は、上記「介護・診療情報の提供および個人情報保護に関するお知らせ」を承諾の上、これより契約するサービスに係るサービス担当者会議並びに情報提供等において、貴事業所が各々の個人情報をを用いることに同意します。なお、個人情報の取り扱いにつき要望のある場合には、別に申し出いたします。

年 月 日

利用者

☑ ⇒（代筆の場合） 代筆者：

家族代表

☑ 理 由：