

湯ったりデイサービス櫻舞 利用申込書

☆該当事項に○印・記入をお願いします。

届出者	指定居宅介護支援事業者		本人 家族 その他 ()
	名称		TEL ()
	氏名		FAX ()

新規・変更の申し込み				申込日	令和	年	月	日
利用される方	ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名		男・女	電話番号	()			
	住所 〒	—						
	葛飾区	丁目	番	号	方			
連絡先								
氏名			(続柄)	TEL	()			
被保険者番号		保険者名		生活保護	有・無			
要介護状態区分	要支援 (1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5)							
有効期限	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日							
認知自立度	I・II・IIa・IIb			歩行	自立・杖・歩行器・車イス			
	III・IIIa・IIIb・IV・M			服薬	有・無			
寝たきり度	J・A・B・C			排泄	自立・一部介助・全介助			
ふりがな				診断名 (病名)				
主治医氏名								
医療機関名								

施設への希望	
利用希望日	週 回 { 月・火・水・木・金・土 } ・ 曜日の希望なし
利用希望時間	3 時間 (午前・午後) ・ 半日 (午前・午後) ・ 一日
昼食	必要 ・ 不要
入浴	必要 { 週 回 (一般浴・機械浴) } ・ 不要
その他	

☆この利用申込書のほかに、通所介護の提供に当たっては、利用者と事業者で契約することが必要となります。

処 理 欄	受付	種別	ケアプラン	備考
	FAX	一号	事業者	
	郵送	二号	自己作成	
	その他	その他	なし	