

通所介護（デイサービス）利用申込書

申込者氏名 _____ 印 続柄（ ）
 住 所 _____
 電話番号 _____

社会福祉法人大和桜井園の通所介護を利用したいので、次のとおり申し込みます。

対 象 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏 名											
	生 年 月 日	1、明治			2、大正			3、昭和			性 別	1,男 2,女
			年	月	日							
	認 定 結 果	要支援 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (申請中[申請日：令和 年 月 日])										
	認 定 有 効 期 間	平成・令和		年		月		日	から			
		令 和		年		月		日	まで			
	住 所	〒										
	電 話 番 号	()					FAX番号		()			
希 望 サ ー ビ ス	・レクリエーション ・機能訓練 ・食事 ・入浴 ・送迎					利用希望日		第1希望：月・火・水・木・金				
						利用希望回数		第2希望：月・火・水・木・金				
自 宅 周 辺 の 状 況	自宅（戸建・アパート 階 高層住宅 階） 玄関までの段差（有・無） エレベーター（有・無） 自宅周辺に狭い路地（有・無） その他（ ）											
居 宅 介 護 支 援 事 業	住 所	〒										
	事 業 者 名											
	担 当 者 名											
	電 話 番 号	()					FAX番号		()			
緊 急 連 絡 先	住 所	〒										
	氏 名											
	電 話 番 号	日 中	()					夜 間	()			

<施設記入欄>

受 付 日	種 別	結 果	結 果 通 知 日	結 果 通 知 先	そ の 他
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現 行 <input type="checkbox"/> 待 機 <input type="checkbox"/> 新 規	<input type="checkbox"/> 契 約 <input type="checkbox"/> 待 機 <input type="checkbox"/> 辞 退	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 申 込 者	