

令和 年 月 日

通所介護（デイサービス）見学・利用申込書

申込者氏名 続柄（ ）

住 所

電 話

通所介護を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用者	被保険者番号													
	認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						認定結果	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中（申請日： 月 日）					
	介護保険の自己負担		☐ 3割 ☐ 2割 ☐ 1割 ☐ 生活保護											
	フリガナ							生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)	性別				
	氏名									男・女				
	住所	TEL () FAX ()												
希望・サービス	☐ レクリエーション		利用希望曜日		第1希望：月・火・水・木・金・土・日									
	☐ 機能訓練				第2希望：月・火・水・木・金・土・日									
	☐ 食事		利用希望回数		週 回									
	☐ 入浴				有り ・ なし									
	☐ 送迎		車いす使用											
緊急連絡先	住 所													
	氏名													
	電話番号	()						FAX番号	()					
特記事項														

居宅介護支援事業所	事業者名												
	担当者名												
	住所												
	電話番号	()						FAX番号	()				

☐ リハビリデイサービス ジール FAX045-548-8701

☐ リハビリデイサービス ジール東神奈川 FAX045-461-6902

☐ リハビリデイサービス ジール新子安 FAX045-595-9611