

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 男・女			
	氏名													
希望・サービス	住所													
	TEL ()		FAX ()											
	☐ 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 第2希望：月・火・水・木・金・土・日 その他：月・火・水・木・金・土・日									
	☐ 機能訓練		利用希望回数		週 回									
緊急連絡先	☐ 食事		車いす使用		有り ・ なし									
	☐ 入浴													
	☐ 送迎													
特記事項	住所													
	氏名													
	電話番号	()				FAX番号	()							

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

FAX 045-548-8701

☐ リハビリデイサービス ジール東神奈川

FAX 045-461-6902

☐ リハビリデイサービス ジール新子安

FAX 045-595-9611