

介護予防通所介護
通所介護

利用申請書

平成 年 月 日

揖斐川
デイサービスセンター 様

申請者 氏名 (印)
住所
電話 () -

上記の利用を申請します。

利用者	氏名	ふりがな	男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日生	歳	
	住所			電話 ()	-				
身体 の 状況	(現在の病名及び障害の程度)			該当するところに○をして下さい。					
				1. 自分でトイレにいけ ますか。	はい・いいえ				
かかり つけ医	病院 医院			2. 自分で歩けますか。	はい・いいえ				
				3. 自分で食事が摂れま すか。	はい・いいえ				
				4. 自分で入浴ができま すか。	はい・いいえ				
			5. 車椅子等へ自分で移 動できますか。	はい・いいえ					
家 族 氏 名	続 柄	年 齢	緊急時の連絡先(勤め先電話、携帯電話など)						
介 護 保 険 証	被保険者番号			保険者名					
	要介護状態区分			認定年月日	平成	年	月	日	
	平成		年	月	日	~	平成	年	月
希望するサービス内容に○をして下さい。									
1. 入浴サービス 2. 食事サービス 3. 送迎 4. 機能訓練 5健康チェック									
5. その他の希望 ()									
居宅サービス計画作成 依頼事業所名									