

東四つ木在宅サービスセンター 通所介護事業利用申込書

届出者	指定居宅介護支援事業所	事業所番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
	名称								TEL	
	担当者								FAX	

利用される方	フリガナ				性別	生年月日			
	氏名				男・女	明・大・昭 年 月 日			
	住所	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>							
葛飾区									
電話									

連絡先									
氏名					(続柄)			電話	

被保険者番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								保険者名	葛飾区・その他					
									生活保護	有 無					

要介護状態区分等 事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)									
認定日		平成・令和		年		月		日	
有効期間		平成・令和		年		月		日	
				～					

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) (自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)									
認知症高齢者の日常生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)									

フリガナ					診断名(病名)				
主治医名									
医療機関									

施設への希望									
希望コース	通所介護事業			通所型サービス			認知症対応型通所介護事業		
利用希望日	週 回		月 火 水 木 金 土 曜日		曜日の希望なし				
利用希望時間	4～5時間		5～6時間		6～7時間		7～8時間		その他
送 迎	往復		片道(行き 帰り)			不要			
乗 車	ステップ乗車(通常の乗車)				車椅子乗車				
昼 食	必要		不要		(1食 750円)				
入 浴	必要		週 回		(一般浴 機械浴)		不要		
その他									