

通所リハビリ 申込書（新規・体験）

※ドライバーの人員の都合上、
現状、送迎は要介護の方のみとさせていただきます。申し訳ございません。

記入者： _____

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1.ご利用者様情報

フリガナ			
氏名	様 (男・女) 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)		
電話番号		携帯番号	
住所	〒 _____		
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 区分変更中		
介護認定期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
保険証番号			
事業所	TEL： _____ FAX： _____		
担当ケアマネージャー	TEL： _____		
公費	生保・国費 (原爆・その他)		
利用開始日・送迎希望	_____ 年 _____ 月 _____ 日から開始希望 送迎希望 有 / 無 利用頻度 _____ 回 / 週		
利用希望曜日・時間	<input checked="" type="checkbox"/> 送迎なしの場合 月・火・水・金 曜日 9時～13時 ・ 15時～17時のうち1時間 <input checked="" type="checkbox"/> 送迎ありの場合 (要介護の方) 月曜日 13時30分～14時30分 ・ 水曜日 13時30分～14時30分 ・ 14時～15時 金曜日 13時30分～14時30分		
現在状況	・在宅生活中 独居・同居 (_____) ・入院中 施設名 (_____) 退院予定日 (_____)		
かかりつけ医	病院名： _____ 医師名： _____ 住所： _____ TEL： _____		
利用希望理由や その他伝えたい事			
体験希望日	体験希望の場合ご記入ください。 ① _____ 月 _____ 日 ② _____ 月 _____ 日 ③ _____ 月 _____ 日		

2.キーパーソン

フリガナ			
氏名	(続柄： _____)		
電話番号		携帯番号	
住所			

3.その他連絡先

氏名 (フリガナ)	(続柄： _____)
電話番号	