

令和 年 月 日

通所介護（デイサービス）利用申込書

申込者氏名 _____ 続柄（ ）

住 所 _____

電 話 _____

横浜市榎町地域ケアプラザの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	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 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											
住所	TEL () FAX ()											
希望サービス	<input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 送迎		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								
			利用希望回数	週 回								
			車いす使用	有り ・ なし								
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	()			