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

横浜市樽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	□３割　□２割　□１割　□生活保護			
	フリガナ 氏名		生年月日	M･T･S　年　月　日 （満　歳）	性別 男・女
	住所	TEL　（　）　FAX　（　）			
希望サービス	□レクリエーション □機能訓練 □食事 □入浴 □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	（　）