

## あつたかハウス京町デイサービスセンター利用申込書

申し込み年月日 平成 年 月 日

ふりがな 利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□明 □大 □昭: 年 月 日生 (満 歳)				
利用者住所	滋賀県 市・郡		番地 電話番号 ( )				
扶養者氏名	電話番号 ( )						
扶養者住所	県 市・郡		番地				
緊急連絡先	① 氏名	続柄( )電話番号 携帯電話番号					
	② 氏名	続柄( )電話番号 携帯電話番号					
現在の住居	<input type="checkbox"/> ご自宅 ・		□入院中( 病院 )	□施設利用中( )			
			期 間 ( )	期 間 ( )			
介護保険	認定市町村 ( )						
	<input type="checkbox"/> 申請中 ・		認定結果: 要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	有効期間 : 年 月 日から 年 月 日まで						
医療保険	国保・社保(本人・家族)・老人・その他( )						
	手帳等(□有 <input type="checkbox"/> 無) 身障手帳 級、精神手帳 級、療育手帳 級						
現在の利用サービス	通所介護		週 回	訪問看護		週 回	
	通所リハビリ		週 回	住宅改修箇所			
	訪問介護		週 回	レンタル用品			
居宅介護支援事業所	( )・ケアマネージャー: Tel:						
かかりつけの病院 主治医名	市 ( )	町	病院・医院	主治医 ( )先生			
利用される目的	<input type="checkbox"/> 生活にメリハリをつけたい <input type="checkbox"/> お風呂に入りたい <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )						
サービス開始希望日	平成 年 月 日頃						
サービス利用希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 緊急時						
希望のサービス	送迎( <input type="checkbox"/> 施設・ <input type="checkbox"/> 家族送迎 ) 入浴( <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し )						

※当てはまる□を塗りつぶしてください。