

仄香の郷地蔵デイサービスセンター利用申込書

申込日 平成 年 月 日

利用者	ふりがな					男 ・ 女		
	氏 名							
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生(歳)			
	住 所	市・郡	町	番地(宅)				
	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中(入院日) <input type="checkbox"/> 施設入所中(入所日)						
	電話番号	()						
扶養者	ふりがな							
	氏 名							
	住 所	市・郡	町	番地				
	電話番号	()						
	【携帯電話番号】	()						
緊急連絡先 (2名)	氏 名	続柄 ()						
	電話番号	()						
		【携帯電話番号】	()					
	氏 名	続柄 ()						
	電話番号	()						
		【携帯電話番号】	()					
介護保険証	認定市町村	彦根市 ・ ()						
	認定結果	申請中	要支援	1	2	3	4	5
	有効期間	年	月	日から	年	月	日まで	
医療保険症) 手帳等(有・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	短期入所	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
	訪問介護	週	回	レンタル用品	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
		週	回					
かかりつけ 病院	病(医)院名	病(医)院			市・町			
	主治医							
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"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> その他()							
その他施設 へのご要望								