

# 通所リハビリテーション利用申込書

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )  
 住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

介護老人保健施設リハセンターさわやか通所リハビリテーションの利用を次の通り申し込みます。

利用者	被保険者番号												
	氏名											性別	男 ・ 女
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 (満才)											
	住所	〒 _____											
	電話番号						FAX						
	要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 (申請日 年 月 日)											
	認定日	年 月 日											
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割											
事業者 (居宅)	事業所名												
	住所												
	電話番号						FAX						
	担当者名												
希望サービス	リハビリテーション ・ 入浴 ・ 送迎 ・ 食事												
利用希望曜日	月 火 水 木 金 土										利用希望回数	週 回	
利用希望時間	6時間 ・ 3時間 (午前 ・ 午後)												
身体 の 状 況	機能障害	有 無 ( )											
	既往症	有 無 ( )											
	使用薬	有 無 ( )											
	アレルギー	有 無 ( )											
	その他												
自宅 周 辺 の 状 況	戸建 アパート 高層住宅						エレベーター	有 無					
	玄関までの段差	有 無					自宅周辺に狭い路地	有 無					
	その他	( )											
助成等	生活保護 ・ 公費その他( )												
備考													

<施設記入欄>

受付	確認	類別	結果	結果通知先	その他
		・現行 ・待機 ・新規	・契約 ・待機 ・辞退	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者	