

年 月 日

# 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	① _____					② _____						
	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	現病歴												
	既往歴												
	アレルギー	有( ) 無											
	その他												
自宅 周辺 の 状況	戸建	集合住宅	マンション	エレベーター	有	無							
	玄関までの階段			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	