

葛飾区内通所介護事業利用申込書

☆ 該当事項に○印・記入をお願いいたします。

☆ この利用申込書のご提出のほかに、利用者と事業者で契約をする必要があります。

所長あて

届 出 者	ふりがな		続 柄	本人・家族・ケアマネージャー その他()
	氏 名			
	居宅介護支援事業所名		事業所番号	
	連絡先	TEL ()	FAX ()	

	申 込 日	年 月 日	区 分	新規 ・ 変更
利 用 者	被保険者番号			
	保険者		生活保護	有 ・ 無
	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 葛飾区 丁目 番 号 方書		
	電話番号	()		
	要介護度	事業対象者 ・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
連 絡 先	ふりがな		続 柄	
	氏 名		電話番号	()
医 療	ふりがな		医療機関名	
	主治医氏名		電話番号	()
	診断名 (病名)		認知症診断	有 ・ 無
施 設 へ の 希 望	利用希望日	週 回 / 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 曜日の希望なし		
	利用希望時間	2～3時間 ・ 3～4時間 ・ 4～5時間 ・ 5～6時間 ・ 7～8時間 ・ 8～9時間		
	送 迎	往復 ・ 片道 (行き ・ 帰り) ・ 不要		
	昼 食	必要 ・ 不要	認知症専用コース	希望する ・ 希望しない
	入 浴	必要 (週 回 / 一般浴 ・ 機械浴) ・ 不要		
	そ の 他			

処 理 欄	受付	種別	ケアプラン	備考
	FAX	一号	事業者	
	郵送	二号	自己作成	
	その他	その他	なし	