通 所 申 込 書

令和　　年　　月　　日　　担当

利用者 氏　名	ふりがな	明　・　大　・　昭 年　　月　　日	男　・　女 歳
住　所	〒 ☎　　（　　）		
申込者 氏　名	ふりがな ㊞	続　柄	利用者との同居の有無 同居　・　別居
住　所	〒 ☎　　（　　）		
緊急連絡先	（　会社　・　携帯電話　・　その他　） ☎　　（　　）		

1　通所を希望する理由

2　利用希望の種類　（希望する種類及び曜日・送迎時間を〇で囲んで下さい。）

①　通所リハビリテーション　　②　介護予防通所リハビリテーション

週　　回（　月　火　水　木　金　土　日　）

月　　回　不定期（　　）

送迎時間

迎え　A便　B便　C便　　送り　A便　B便　C便

3　介護保険証

被保険者番号 □□□□□□□□□□

要介護状態区分　申請中・要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５

有効期間　平成　年　月　日　～　平成　年　月　日

□　居宅介護支援事業所　〔　　〕

□　地域包括支援事業所　〔　　〕

4　健康保険証及び手帳の種類

国保　・　社保　・　生保　・　後期高齢者保険者証　・　障害手帳　・　その他（　　）

5　現在の状況　（①～④の該当項目を〇で囲んで下さい）

①家　庭　療　養　中
主介護者　〔　　〕

②入　院　中
病院　（医院）　〔　　〕
診療科名　〔　　〕

③施　設　入　所　中
施設名　〔　　〕

④そ　の　他
〔　　〕

6　病院受診について　（現在利用されている病院名をご記入ください）

①　病　院　（医院）　〔　　〕　診療科名　〔　　〕

②　病　院　（医院）　〔　　〕　診療科名　〔　　〕

③　病　院　（医院）　〔　　〕　診療科名　〔　　〕

備　　考

☆　お申し込み・お問い合わせ　　ユニット型介護老人保健施設　青照苑
デイケアセンターさくら　　☎０１７（７８７）３３３０