

通所リハビリテーション 利用申込書

介護老人保健施設 みどりの館
施設長 様

令和 年 月 日

申込者氏名 ()

利用者との続柄 ()

「みどりの館」通所リハビリテーションのサービス利用を申し込みます。

利用者	氏名	フリガナ ----- 様	男・女	・大正 年 月 日 歳 ・昭和
	住所			
連絡先 1	氏名	フリガナ ----- 様 (続柄:)	電話 F A X 携帯	
	住所			
	Eメール (希望する場合のみ)		@	
連絡先 2	氏名	フリガナ ----- 様 (続柄:)	電話 F A X 携帯	
	住所			
かかりつけの医療機関 (医療機関) (担当医名)			居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー) (電話番号)	
要介護 (支援) 認定	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5・申請中 有効期限 年 月～ 年 月			
自己負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		入浴希望	あり ・ なし
希望される曜日	月・火・水・木・金・土		車いすの使用	あり ・ なし
ご家族構成・その他 連絡事項				
面談調査時の 写真・動画撮影の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※調査時の状況や必要性の判断の下で実施致します 取得した情報は当法人の個人情報取扱方針に基づき適正に管理されます			