

# デイサービス 利用申込書

申込日	令和	年	月	日	(受付担当)
受付日	令和	年	月	日	

※太枠内をご記入ください

私は、貴施設の入所に関する説明を受け、下記の通り申込みに同意致します。

申 込 者	(氏名)					(続柄)
	〒					(印)
	TEL	( )				
利 用 者	(かな)					
	(氏名)					(性別) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	〒					
	TEL	( )				
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	( ) 歳	
介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護( )					
	(認定有効期間) 平成/令和 年 月 日 ~ 平成/令和 年 月 日					
	(保険者)					(保険者番号)
	(被保険者番号)					
	介護保険負担割合 利用者負担の割合				割	
生 活 保 護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
緊 急 連 絡 先	(氏名)					(続柄)
	〒					
	TEL	( )		TEL	( )	
利 用 希 望 日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 (令和 年 月 日より利用開始)					
送 迎	<input type="checkbox"/> 不要 (入所 : /退所 : )					
	<input type="checkbox"/> 希望 [希望時刻 <input type="checkbox"/> 指定無し <input type="checkbox"/> 指定 (入所 : /退所 : )]					
居 宅 事 業 所	(事業所)					(担当専門員)
	〒					
	TEL	( )		FAX	( )	
利 用 料 請 求 先	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> 緊急連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 下記					
	(氏名)					TEL ( )
	(住所) 〒					

疾患・既往歴等		
A D L 身 体 状 況	(食事)	(身体清潔)
	(歩行)	(排泄)
	(着脱)	(運動)
	(意思疎通)	(その他)
特 記 事 項		