

年 月 日



社会福祉法人 聖ヨハネ会

小金井市立本町高齢者在宅サービスセンター_____行

通所介護利用申込書 (介護予防 一般型 認知症対応型)

居宅介護支援事業所名	
事業所番号	
電話番号	
ファックス番号	
ご担当者名	

利用者氏名 <small>りようしゃしめい</small>	生年月日	M・T・S	年	月	日生
					() 歳
住所	電話 ()				
相談者氏名 <small>そうだんしゃしめい</small>	続柄				
相談者住所	電話 ()				
保険者(番号)	<input type="checkbox"/> 小金井市 (132100)		<input type="checkbox"/> 区・市 ()		
認定区分	要支援1・要支援2・要介護1・2・3・4・5 申請中				
障害自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
認定有効期間	年	月	日	～	年 月 日
既往歴 主な疾病					
利用中(予定) サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用希望	月・火・水・木・金・土	<input type="checkbox"/> 入浴サービス	開始日	月	日 ()
申請理由					
留意事項					

事務処理欄	センター長	副主任	生活相談員	看護職員	受付者

<<事務処理欄>>