

介護予防通所介護事業所・通所介護事業所（和寒町デイサービスセンター「健楽苑」）

# 利 用 申 込 書

令和 年 月 日

社会福祉法人 和寒町社会福祉協議会 会長 瓜 るみ子 様  
次のとおり、通所介護事業（和寒町老人デイサービスセンター「健楽苑」）利用の申込みします。

申 込 者 住 所

(契約者) 氏 名 印

(利用者との関係： 電話 )

利用者	住 所	和寒町字	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
希 望 利 用 開 始 年 月 日	氏 名	令和 年 月 日		希望送迎時間	: . 曜日
及 び 曜 日 並 び 希 望 回 数		※1週間のうち複数回利用を希望される場合 週 回利用 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日			
要 介 護 度 及 び 被 保 険 者 番 号		要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 要支援1・要支援2 ( 号) ※介護保険被保険者証添付のときは不要（コピー可）			
認定年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日 令和 年 月 日		
介 護 認 定 調 査 機 関		※要介護認定調査票添付の時は不要（コピー可）			
主 治 医 意 見 書 作 成 病 院		※主治医の意見書添付の時は不要（コピー可）			
主 治 医 病 院 の 住 所					
定期的に通院 されている方は その利用日		毎週 曜日・ 曜日			
介護サービス計画作成期間 (ケ ア プ ラ ン)		毎月 第 曜日 (月 回) ・ 第 曜日 (月 回)			
担当介護支援専門員		(副担 ) ※ 介護サービス計画書添付の時は不要（コピー可）			
希望するメニュー		別紙通所介護サービスメニュー表の内、希望されるメニューに○印をつけて提出してください。			
通 所 介 護 事 業 の 他 利 用 さ れ て い る 在 宅 メ ニ ュ ー		ホームヘルパー (回数; 週 回・ 曜日 曜日)			健楽苑受付
		訪問看護 (回数; 回・ 曜日 曜日)			
		その他 (週 回・ 曜日 曜日)			