

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

社会福祉法人ゆうゆう 理事長 大原 裕介 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
	氏 名				年 月 日
希 望 利 用 開 始 年 月 日	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 毎月 第 曜日（月 回）・第 曜日（月 回）				
介護サービス計画作成期間 （ケ ア プ ラ ン）	※介護サービス計画書添付の時は不要（コピー可）				
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） 訪問看護（回数； 回・曜日 曜日） その他（週 回・曜日 曜日）			健楽苑受付	