

あったかハウス京町デイサービスセンター利用申込書

申し込み年月日 平成 年 月 日

ふりがな 利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭： 年 月 日生(満 歳)
利用者住所	滋賀県 市・郡 番地 電話番号 ()	
扶養者氏名	電話番号 ()	
扶養者住所	県 市・郡 番地	
緊急連絡先	① 氏名 続柄()電話番号 携帯電話番号	
	② 氏名 続柄()電話番号 携帯電話番号	
現在の住居	<input type="checkbox"/> ご自宅・ <input type="checkbox"/> 入院中(病院) <input type="checkbox"/> 施設利用中() 期間() 期間()	
介護保険	認定市町村 () <input type="checkbox"/> 申請中・ 認定結果：要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 有効期間： 年 月 日から 年 月 日まで	
医療保険	国保・社保(本人・家族)・老人・その他() 手帳等(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 身障手帳 級、精神手帳 級、療育手帳 級	
現在の利用サービス	通所介護 週 回 訪問看護 週 回 通所リハビリ 週 回 住宅改修箇所 訪問介護 週 回 レンタル用品	
居宅介護支援事業所	()・ケアマネージャー： Tel: ()	
かかりつけの病院 主治医名	() 市 町 病院・医院 主治医()先生	
利用される目的	<input type="checkbox"/> 生活にメリハリをつけたい <input type="checkbox"/> お風呂に入りたい <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	
サービス開始希望日	平成 年 月 日頃	
サービス利用希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 緊急時	
希望のサービス	送迎(<input type="checkbox"/> 施設・ <input type="checkbox"/> 家族送迎) 入浴(<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)	

※当てはまる口を塗りつぶしてください。