通所リハビリテーション「川口メディケアセンター」利用申込書

平成　　年　　月　　日

ご利用者

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
氏名		□ 1. 男 □ 2. 女	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生 （　　歳）
住所	〒		
電話	（　　）		
介護保険	被保険者番号		要介護度　　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	認定有効期間	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日	

ご家族（代理人）

ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄	電話番号
氏名			（自宅） （携帯）
住所	〒		

居宅介護支援事業所

事業所名			
担当ケアマネジャー		電話	

ご利用希望

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
ご利用希望日						
入浴						
送迎						
その他ご希望があればご記入ください						

ご利用の開始にあたっては、申込書のほかに下記書類が必要となります。

- 介護保険被保険者証のコピー
- 介護保険負担割合証のコピー
- 診療情報提供書
- お薬情報

【川口メディケアセンター記入欄】

受付日	確認	保険証	割合証	診情	実調	契約	開始日	プラン	提供表