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			男・女	明治・大正・昭和 年　　月　　日
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名		電話	

ご利用希望　（希望に○を付けてください）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
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の書類が必要となります。

- 主治医意見書
- 診療情報提供書
- 介護保険証

【川口メディケアセンター記入欄】

受付日	確認	保険証	意見書	診情	実調	契約	開始日	プラン	提供表	