

通所リハビリテーション 利用申込書

介護老人保健施設 みどりの館
施設長 様

令和 年 月 日

申込者氏名 ()

利用者との続柄 ()

「みどりの館」通所リハビリテーションのサービス利用を申し込みます。

利用者	氏名	フリガナ ----- 様	男・女	・明治 ・大正 ・昭和	年 月 日 歳
	住所	〒 -	電話		
			F A X		
連絡先 1	氏名	フリガナ ----- 様 (続柄:)	電話 F A X 携帯		
	住所				
連絡先 2	氏名	フリガナ ----- 様 (続柄:)	電話 F A X 携帯		
	住所				
かかりつけの医療機関 (医療機関) (担当医名)			居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー) (電話番号)		
要介護(支援)認定	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	申請中	
自己負担割合	1割 ・ 2割		入浴希望	あり ・ なし	
希望される曜日	月・火・水・木・金・土		車いすの使用	あり ・ なし	
【自宅周辺図・連絡事項など】					
面談調査時の 写真・動画撮影の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※調査時の状況や必要性の判断の下で実施致します 取得した情報は当法人の個人情報取扱方針に基づき適正に管理されます				

通所サービスご利用のお申し込み手続きに必要な書類

*以下の書類（コピー可）をお預かり致します
 お申し込み時に全て揃っている必要はありませんが
 ★の書類については、ご利用受け入れ可否の判定に必須となりますので
 お早めにご用意ください

★	利用申込書	書式は当館からFAXでお届けするか、 当館WEBサイトからダウンロードもできます
★	健康診断書 または 施設情報提供書	
★	介護保険被保険者証	新規認定申請中の場合は不要ですが ご申請日や認定調査の日程などがわかるよう であればお知らせください
★	（お薬を服用されている場合） 服薬の内容がわかるもの	処方箋 お薬の説明書 おくすり手帳など
	介護保険負担割合証	1割負担・2割負担にかかわらずご提示ください *平成27年8月～ 導入になります
	緊急連絡先	利用申込書でのご記載と異なる場合は お知らせください
	健康保険証・後期高齢者医療被保険者証	
	身体障害者手帳	お持ちの場合はご用意ください
	看護サマリー	現在ご入院・他施設ご利用中の場合は ご用意にご協力ください *当館からご入院先等に依頼を させていただく場合もあります

お問い合わせ先

みどりの館 相談室

TEL 048-929-6422（直通）

FAX 048-922-1348



<http://www.midorino-yakata.or.jp/>