

# 「(介護予防)訪問リハビリテーション サンクス米山」利用申込書

申込日 年 月 日

利用者	ふりがな				生年月日	M・T・S
	氏名	(男・女)				年 月 日 ( 歳)
	住所	〒			電話番号	
申込者	ふりがな				生年月日	M・T・S
	氏名	(男・女)				年 月 日 ( 歳)
	住所	〒			電話番号	
家族構成	氏名	生年月日	続柄	同居・別居	職業・緊急時連絡先	
現在の状況	自宅療養中：主治医 ( ) 現在の居所：( )					
本人(家族)の希望						
訪問日	希望曜日：□月 □火 □水 □木 □金			希望時間： 時頃		
介護保険情報	認定の有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日					
	要支援(1・2) / 要介護(1・2・3・4・5) / 申請中 介護保険負担割合証：□1割 □2割					
居宅介護支援事業所名 / 担当介護支援専門員						

受付日：令和 年 月 日 受付者 ( )

※添付書類：個人情報に係る同意書、診療情報提供書

