

デイケア 利用申込書

新規・再利用・未利用

●太線内のみ記入してください

No

利用者	ふりがな	男	M・T・S	年	月	日	住所 〒					
	氏名	女	TEL									
主介護者	ふりがな	男	続柄 ()	住所 〒								
	氏名	女	TEL 携帯									
ケアマネ	事業所名						TEL					
	担当者名						FAX					
介護保険	介護度	支援	1	2	介護	1	2	3	4	5	区変中	申請中
	認定期間	年 月 日 ~					年 月 日					
利用希望 (丸で囲んでください) 希望曜日 (週 回) 月・火・水・木・金・土 送迎 有 (車椅子・歩行器・他) ・ 無 入浴 有 (一般浴・機械浴) ・ 無 利用目的(具体的に)												
再利用の方で前回と変わった事												

施設記入欄

初回 / 再判定 (判定日 年 月 日)

● デイケア

開始日 令和 年 月 日 (曜日)

利用日 週 回

① (曜日) 入浴 (有・無)

② (曜日) 入浴 (有・無)

③ (曜日) 入浴 (有・無)

リハビリ 短期集中リハ起算日 有 (年 月 日) ・ 無

短期集中リハ加算 (年 月 日 ~ 年 月 日)

リハマネ加算Ⅰ

リハマネ加算Ⅱ (年 月 ~)

リハマネ加算Ⅲ (年 月 ~)