

通所リハビリテーション利用申込書

(介護予防)

介護老人保健施設みの荘

通所リハビリテーション施設長殿

施設長	副施設長	師長

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

利用者名	ふりがな			性別	男	生年月日			
	氏名				女	大・昭	年 月 日		
	住所	〒 ー					(歳)		
要介護度		負担割合		割		退所日及び退院日 又は初回認定日			
居宅支援事業所名						担当ケアマネ			
かかりつけの医療機関		病院・医院 主治医：				TEL			

申込者	住所	〒 ー				(TEL 携帯)	
	ふりがな			利用者との続柄			
	氏名						

緊急時連絡先	住所	〒 ー				(TEL 携帯)	
	ふりがな			利用者との続柄			
	氏名						
	住所	〒 ー				(TEL 携帯)	
	ふりがな			利用者との続柄			
	氏名						

※ 施設記入欄

備考

利用開始日	令和 年 月 日
-------	----------