

デイサービス悠花 利用申込書①

年 月 日

デイサービス悠花 御中 申込者 氏名:

住所:

電話: ()

続柄:

デイサービス悠花の利用を申し込みます。

利用者情報	ふりがな				男	生年月日	明治 大正 昭和	
	利用者氏名				女	年 月 日 歳		
	住所(現在の居所)	〒 東京都西東京市						
	住民票の住所	【住民票が西東京市以外の方は記入して下さい】	〒					
	請求書等の郵送先	【居所以外に郵送を希望の方は記入下さい】	〒				様方	ご家族と同居の場合必ず様方を記入下さい
	電話	()		要介護状態区分	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			
	利用目的・希望すること							
	利用希望日	月・火・水・木・金・土 (希望日に○を付けてください)						
	初回利用希望日	平成	年	月	日	基本利用時間は6時間以上8時間未満です		
	入浴希望	有	無	送迎希望	有	無	ご利用料の支払方法	引落・振込・現金
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準				I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
家族情報	同居している家族	氏名	続柄	年齢	居宅介護支援事業者名			
					担当者	事業者番号		
					電話	()		
					主治医	病院名		
						担当医名		
						電話	()	