

通所リハビリテーション申請書

年 月 日
通所リハビリテーションの利用を希望するので申請いたします。

申請者氏名 _____ TEL _____

申請者住所 _____

大・昭 年 月 日 (歳)

フリガナ
利用者氏名

_____ TEL _____

利用者住所

家族構成(続柄)

年齢

健康状態

介護状況

家族構成(続柄)	年齢	健康状態

主介護者

協力者

介護保険

介護度 未申請 申請中 区変中 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)

ケアマネージャー

事業所名

利用サービス

訪問看護	／週 ()
訪問介護	／週 ()
訪問入浴	／週 ()
デイサービス	／週 ()
ショートステイ	／週 ()
その他	／週 ()

住宅環境

持家・借家(戸建・アパート・マンション)

エレベーター 有・無

専用居室 有・無

ベッド 有・無

階段手すり 有・無

風呂 有・無 (据置・半埋込み)

トイレ 有・無 (和式・洋式・ポータブル)

相談事、ご希望等ありましたらご記入下さい。