

平成 年 月 日

指定地域密着型通所介護及び第一号通所事業通所介護

## 利 用 申 込 書

デイサービスぬくもり山王

		利用申込者	印
フリガナ		生年月日	
利用 者 名		明・大・昭 年 月 日	性別 男・女
住 所		TEL	
主・介護者		続柄	
利用の目的			
緊急連絡先		TEL	
		TEL	

介 護 度	申請中 要支援 要介護 ( )			有効期限	~
プラン事業者				ケアマネ名	
主 治 医				緊急受入病院	
利用希望日	1	2	3	曜日	利用開始日 H 年 月 日から
歩行レベル				参加意欲	積極的・普通・消極的
食 事	常食・粥・刻み		嫌い ( )	排泄	自立・オムツ ( )
送 り 出 し	可 ・ 不可	施錠	有・無	車酔い	有 ・ 無
昼食時与薬					
既 往 歴					

利用者の希望によるサービス提供 (該当箇所に入力して下さい)	
〔地域密着型通所介護〕	
個別機能訓練加算 ( )	サービス提供体制強化加算 ( ) イ
入浴介助加算	若年性認知症利用者受入加算
〔第一号通所事業通所介護〕	
運動器機能向上加算	サービス提供体制強化加算 イ (要支援1・要支援2)
若年性認知症利用者受入加算	