

令和 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	性別
利用者名		明・大・昭 年 月 日	歳 男・女
住 所		TEL	
主・介護者		続柄	
利用の目的			
緊急連絡先	①	TEL	
	②	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	R 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（該当箇所に口を入れて下さい）	
〔地域密着型通所介護〕	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算
〔第一号通所事業通所介護〕	
<input type="checkbox"/> 運動器機能向上加算	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰイ（要支援1・要支援2）
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	