

利用申込書（通所リハビリテーション）

年 月 日

介護老人保健施設 グリーンリーブズ赤枝

申込者氏名：

利用者との続柄：（ ）

介護老人保健施設 グリーンリーブズ赤枝 通所リハビリテーションのサービス利用を申し込みます。

【ご利用者様】

フリガナ		男	明・大・昭	年	月	日生
氏名		女				（ 歳）
住所	〒	—	電話			
			（ ）	—		
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中（新規申請・更新申請・区分変更申請）					

【ご家族様】

フリガナ		男	自宅電話			
氏名		女	（ ）	—		
住所	〒	—	携帯電話			
			（ ）	—		

※ ご利用にあたり、当施設から確認のためのご連絡を差し上げることがあります。

かかりつけの医療機関		居宅介護支援事業所	
医療機関名		事業所名	
担当医名		担当 ケアマネージャー	
※ 入院中の方は退院予定日をご記入ください。		年	月 日頃 退院予定

【サービスの希望】

希望利用開始日	年 月 日		
希望回数・曜日	週 回利用 月・火・水・木・金・土・曜日指定なし		
送 迎	なし・あり（車椅子・歩き）	入 浴	なし・あり（一般浴・機械浴）
リハビリの要望			
卒業後の予定			

※ 当施設のリハビリテーションは、卒業を前提とし地域での生活を積極的に応援します。
その他、ご不明な点等ございましたら、お気軽にお問合せください。