

# 平成デイサービスセンター町田 利用申込書 兼 緊急連絡先

利用申込日		令和 年 月 日 ( )		利用形態	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所介護(予防)		
ご利用希望者	フリガナ 氏名				M・T・S 年 月 日		
				年齢	歳	性別 男・女	
	住所	〒					
				電話番号			
	介護保険 情報	被保険者番号			要介護度	要支援 ( 1・2 ) 要介護 ( 1・2・3・4・5 )	
		認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	介護保険負担限度額認定証	なし ( 市民税課税世帯 ) ・ あり ( 第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階 )					
	現在の 生活場所	自宅 ( 独居 ・ 同居 ) ・ 病院 ・ 施設 ・ その他 ( )					
		病院 ・ 施設名など :					
		〒					
			電話番号				
ご希望の ご利用日 等	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土						
	週 回			月 回			
申込者・緊急連絡先①	フリガナ 氏名			続柄			
	住所	〒					
				電話番号			
		身元引受人・支払責任者・緊急時連絡先1	携帯電話				
緊急連絡先②	フリガナ 氏名			続柄			
	住所	〒					
				電話番号			
		緊急時連絡先2	携帯電話				
主治医	フリガナ 氏名			所属医療機関			
	住所	〒					
診療科		電話番号					
特記事項	*ご家族での介護状況や問題点、ご利用者のご意見・ご希望などをご記入ください。						
担当ケアマネ	事業所番号						
	事業所名						
	担当者名						
	電話番号			FAX			

別紙の情報提供書を添付してください。(同等の内容がわかる書類が別にある場合はそちらでも結構です)  
また必要に応じ診療情報提供書の提出をお願いする場合がございます。

右記までご返送ください。



平成デイサービスセンター町田(ヴィラ町田内)  
〒194-0211東京都町田市相原町4391-7  
TEL042-783-0900 FAX042-783-0788