

# 通所リハビリテーション利用申込書

田中医院 通所リハビリテーション

東京都江戸川区平井6-30-1

TEL 03-3612-0428

FAX 03-3612-1428

事業所番号 1312328565

令和 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	様	性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
	住所	TEL		
	要介護状態区分	要支援 ( ) 要介護 ( ) 申請中 区変中	負担割合	( ) 割
	認定の有効期間	H/R 年 月 日 ~ H/R 年 月 日		
	被保険者番号		保険者番号	
	身体障害者手帳	1. 無 2. 有 ( 種 級 )	車椅子使用	<input type="checkbox"/> 車椅子で来所希望の方は <input checked="" type="checkbox"/>
	公費の種類	1. 無 2. 有 ( 51:特定疾患 54:難病法 12:生活保護 その他: )		
	希望利用日	月・火・水・木・金	希望時間	① 9:10~ ② 10:50~ ③ 15:30~
	他のサービス状況 (サービス名、曜日等)			
	かかりつけ医	医療機関名 主治医氏名	TEL	
	主な疾患名			
	退院(予定)日		利用者・家族の希望	
	病院名(施設名)		現在の状態・ADL等	

申請者	ふりがな 氏名	様	TEL	利用者との続柄
-----	------------	---	-----	---------

介護支援事業所	事業所名	
	事業所番号	
	TEL	
	FAX	
	介護支援専門員氏名	様

R1.5 更新

\* すべての項目をご記入ください。