

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□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					