

葛飾区内通所介護事業 見学申込書 兼 利用申込書

☆ 該当事項に記入・○印をお願いいたします。

☆ この利用申込書のご提出のほかに、利用者と事業者で契約を結ぶ必要があります。

ル・ソラリオン葛飾 所長あて

ル・ソラリオン葛飾（電話）03-3601-3711
（FAX）03-3601-3716

届 出 者	ふりがな		続 柄	本人 ・ 家族
	氏 名			ケアマネジャー
	居宅介護支援事業所名		事業所番号	その他 { }
	連 絡 先	TEL ()	FAX ()	

申 込 日		年 月 日		区 分	新規 ・ 変更
利 用 者	被保険者番号				
	保 険 者		生活保護	有 ・ 無	
	ふりがな		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 葛飾区 丁目 番 号 方書			
	電話番号	()			
	要介護度	事業対象者 ・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
連 絡 先	ふりがな		続 柄		
	氏 名		電 話 番 号	()	
医 療	ふりがな		医療機関名		
	主治医氏名		電 話 番 号	()	
	診断名（病名）		認知症診断	有 ・ 無	
施 設 へ の 希 望	利用希望日	週 回 / 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 曜日の希望なし			
	利用希望時間	2～3時間 ・ 3～4時間 ・ 4～5時間 ・ 5～6時間 ・ 7～8時間 ・ 8～9時間			
	送迎	往復 ・ 片道 (行き ・ 帰り) ・ 不要			
	昼食	必要 ・ 不要	認知症専用コース	希望する ・ 希望しない	
	入浴	必要 (週 回 / 一般浴 ・ 機械浴) ・ 不要			
	その他				

処 理 欄	受付	種別	ケアプラン	備考
	FAX	一号	事業者	
	郵送	二号	自己作成	
	その他	その他	なし	