

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 とちぎの郷 施設長 殿

申込者氏名：

利用者との続柄：（ ）

介護老人保健施設 とちぎの郷 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	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中（新規申請・更新申請）				

【ご家族様】

フリガナ		男	自宅電話
氏名		女	() —
		(続柄：)	
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	先生	担当ケアマネジャー	様
※ 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】

ご利用時間	短時間 ・ 朝～お昼過ぎ ・ 一日 ・ その他 ()		
ご希望曜日	週 回利用 月・火・水・木・金・土・曜日指定なし		
送迎	なし・あり (車イス・歩き)	入浴	なし・あり (一般浴・機械浴)
リハビリへの要望			
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、お気軽にお問い合わせください。