通所介護利用依頼書

令和　　年　　月　　日

〈担当者〉所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：　（　　）　　／FAX：　（　　）

ご依頼のサービスいずれかにチェックをお願いします

□ 習志野偕生園デイサービスセンター
□ デイサービスセンターメタセ(認知症対応型通所介護)

利用者	フリガナ		
	氏　名	男・女	要支援 ・ 要介護〔　〕
	住　所	☎　（　　）	
	生年月日	〈 明 ・ 大 ・ 昭 〉　年　月　日（　歳）	
	備　考	□生活保護　□被爆者手帳　□社会福祉法人による軽減	

介護者	氏　名	利用者との続柄〈　〉	
	住　所	☎　（　　）	
緊急時の連絡先	氏　名	利用者との続柄〈　〉	
	電　話	自 宅：　（　　）	携 帯：　（　　） 勤務先：　（　　）

〔利用希望の詳細〕 ＊希望曜日・回数など
＊入浴（ 有 ・ 無 ）　　＊送迎（ 有 ・ 無 ）

〔通所介護の目的〕

〔備考〕