

見学・利用申込書

申込日		令和 年 月 日			※見学申込の際は、太枠線内をご記入ください。 その他の項目については必要に応じご記入ください。				
届出者	事業所名					事業所番号			
	氏 名				本人との関係				
	住 所	〒 (TEL) (FAX)							
希望者	ふりがな				性 別	男 女	生年月日	明治 大正 昭和	
	氏 名							年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 (TEL) (携帯)							
	要介護区分	事業対象者 要支援 (1 ・ 2) ・要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 負担割合 割							
	認定日	年 月 日		有効期間	年 月 日～		年 月 日		
	障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立	☐ J1	☐ J2	☐ A1	☐ A2	☐ B1	☐ B2	☐ C1 ☐ C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立	☐ Ⅰ	☐ Ⅱa	☐ Ⅱb	☐ Ⅲa	☐ Ⅲb	☐ Ⅳ ☐ M	
	氏 名					本人との関係			
	住 所	〒 (TEL) (携帯)							
見学情報	ご希望状況				動作状況				
		日付	時間	人数	移動（独歩・見守り・介助・車椅子・その他） コミュニケーション（問題なし・難聴・構音障害・その他） 生活保護の有無（有・無）				
	第1希望	／	：	（本人含め） 名					
	第2希望	／	：						
見学送迎		あり 無し							

※利用申込の際は、下記もご記入ください

希望曜日	週 回 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) / 曜日の希望なし / 未定		
希望時間帯	☐ 9 : 00 ~ 12 : 10 ☐ 13 : 30 ~ 16 : 40	送迎	☐ 送迎あり ☐ 送迎なし
既往歴		主治医	
連絡欄			

トータルリハセンター 鐘ヶ淵

〒131-0031 墨田区墨田2-10-20 リアライズ鐘ヶ淵 1階

TEL : 03-3613-5611 FAX : 03-3613-5612

爭務欄

受付担当者				備 考
見学日	申込日	契約日	利用開始日	