

リハビリセンター・フローラ 体験・利用 仮申し込み書

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	明治・大正・昭和				
お名前	様		年 月 日 (歳)					
ご住所	(〒 -)			血液型 型				
	電話番号 () -							
ご相談者様 ご住所	同居者氏名 様			続柄				
	(〒 -)			続柄				
生活状況	①家族と同居 ②別居 ③独り暮らし ④入院中 ⑤その他()							
	被保険者番号							
介護保険情報 (未認定の方は 記入不要です)	認定有効期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日				
	要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中 ・ 認定済						
	在宅サービス減額	無・有 < >						
	各種手帳	身障 ・ 療養 ・ 医療 ・ 生保						
利用希望	利用開始希望日	平成 年 月 日						
	利用希望日	月	火	水	木	金	土	週
サービスについて	入浴	無 有						
	送迎	往復 ・ 片道 ・ 家族送迎						
	その他							
他の介護サービス	・訪問介護 ・ 訪問リハビリ ・ 訪問入浴 ・ 通所介護 ・ デイケア ・その他()							
注意点	ご利用されるにあたって、注意して欲しい事などございましたら、ご記入下さい。 ・ ・							
現在ご利用の 居宅介護支援 事業所	事業所名							
	担当ケアマネージャー	様						
	電話番号	() -						

お申込み・お問い合わせは

FAX.048-749-2611(フローラいい)

電話 048-749-2615(フローラ行こう)