訪問リハビリテーション申込書

申請日	年　月　日（ ）	申請者名		続柄	
フリガナ		生年月日	M／T／S　年　月　日生　才		
本　人	男 ・　様 女	住　所	〒 (TEL)　（　）		

緊急連絡先		氏　名	続柄	住　所	TEL（携帯電話・勤務先等）
	第一				
	第二				

請求書・領収書送付先	氏名		住所	
居宅支援事業所	担当者名		事業所名	
	ＴＥＬ		FAX	

介護保険	要支援　１・２　要介護[１・２・３・４・５]
	※ 介護保険開始認定日　年　月　日
	有効期限：　年　月　日　～　年　月　日
	介護保険限度額認定書：　有　・　無
医療保険	社保　（ 本 ・ 家 ）　国家　（ 本 ・ 家 ）　生保
申請理由	※　利用開始希望日　月　日
曜日希望	有　・　無　〔 月　火　水　木　金　土 〕　日数　週　回

・ 今現在のサービス状況

1．	訪問介護	[　回/週]	5．	通所介護	[　回/週]
2．	訪問入浴	[　回/週]	6．	福祉用具貸与	[　]
3．	訪問看護	[　回/週]	7．	福祉用具購入	[　]
4．	通所リハビリ	[　回/週]	8．	その他	[　]

掛かり付けの医療機関

医療機関名　TEL　（　）　主治医

※過去３カ月以内に入院歴・入所歴	退院日・退所日	医療機関名・施設名
ある　・　なし	（　年　月　日　）	

自宅付近の略図　（目標となる建物等をご記入ください）

駐車スペースの有無（　有　・　無　）

備考欄

介護老人保健施設　草加ロイヤルケアセンター　訪問リハビリテーション
〒340-0001　埼玉県草加市柿木町123-2　TEL048-930-5591　FAX048-935-5025