

# 通所リハビリ申込書

**FAX番号 0955-75-3174**

申込受理日 平成 年 月 日

(施設にて記入)

介護老人保健施設 まつら荘に通所利用したいので、次のとおり申し込みます。

申込日	平成 年 月 日		
被保険者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	性別	男・女	
	住所	〒	
	被保険者番号		
	要介護度		有効な認定期間
申込者	ふりがな		
	氏名	続柄( )	
	住所	〒	
	連絡先	(昼)	
	(夜)		
	(携帯)		

通所申込者調査票の作成のために必要となる、通所申込者及び家族に関する状況(病状含む)を把握するため、かかりつけ医、介護支援専門員等関係者から情報収集することについて同意します。

かかりつけ医( ) 担当介護支援専門員( )

平成 年 月 日

本人との続柄

氏名 印 ( )

説明確認欄	私は、次の事項について施設より説明を受けました。		
	・通所申し込みから通所契約までにおける手続きについて		
	・まつら荘利用料について		
	平成	年	月 日
			本人との続柄
			氏名 印 ( )

**【個人情報の取り扱いについて】**

この個人情報については通所受付けの為のものであり、それ以外の目的には利用しません。又、取り扱いについては当施設の個人情報保護規定に基づき責任をもって管理いたします。