

利用申込書

表

申込日	平成 年 月 日		担当者様			
事業所名			事業所番号			
TEL			FAX			
ツガナ氏名	() 様	生年月日	大正・昭和 年 月 日 () 才 平成 男・女			
住所	〒 電話 () キーパーソン () 連絡先 ()					
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 【初回認定日】平成 年 月 日 【有効期間】平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定なし ※要介護認定を受けておられない方にも、サービスをご利用していただくことが可能ですので事業所までご相談ください。		負担割合	1割 ・ 2割	生保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
主治医	医療機関名： () 科 先生					
疾病・既往歴						
入院中の方	() 病院) 入院加療中 (月 日) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 : ~開催) <input type="checkbox"/> 無 、 参加希望 有・無					
体験希望	有 (月 日 : ~ :) ・ 無 ※体験ご希望の方は食事形態について別途お伺いします。体験入浴は行っておりません。					
利用頻度	1週間 回 程度		入浴希望	有・無		
【サービス希望内容・留意点】				利用中のサービス		
					午前	午後
				月		
				火		
				水		
				木		
				金		
土						
事業所記入欄	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービスA <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算（Ⅱ） <input type="checkbox"/> 運動器機能向上加算 <input type="checkbox"/> 入浴介助加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算					



PDリハビリデイサービス かなえるLIFE

〒596-0044 岸和田市西之内町 9-67

TEL:072-423-0570

FAX:072-423-0580

【(参考) 単位数・加算・料金表】

裏

※裏面は利用申込書ではございません。ご記入しないでください。

<p>通所介護 (日単位)</p>	<p>要介護 1 (572 単位) 要介護 2 (676 単位) 要介護 3 (780 単位) 要介護 4 (884 単位) 要介護 5 (988 単位) 【地域区分 (6 級地 10.27 円)】</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>入浴介助加算 (50 単位) <input type="checkbox"/>個別機能訓練加算 (I) (46 単位) <input type="checkbox"/>栄養改善加算 (150 単位) <input type="checkbox"/>個別機能訓練加算 (II) (56 単位)</p>
<p>介護予防通所介護 (月単位)</p>	<p>要支援 1 (1,647 単位) 要支援 2 (3,377 単位) 【地域区分 (6 級地 10.27 円)】</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>運動器機能向上加算 (225 単位) <input type="checkbox"/>栄養改善加算 (150 単位)</p>
<p>通所介護相当サービス (岸和田市・泉大津市・ 和泉市・貝塚市・ 忠岡町)</p>	<p>【1 単位の単価 10.27】</p> <p>要支援 1 <input type="checkbox"/> (月 4 回まで…378 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 5 回以上…1,647 単位/1 月) 要支援 2 <input type="checkbox"/> (月 8 回まで…389 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 9 回以上…3,377 単位/1 月)</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>運動器機能向上加算 (225 単位) <input type="checkbox"/>栄養改善加算 (150 単位)</p>
<p>通所介護相当サービス (高石市)</p>	<p>【1 単位の単価 10.45】</p> <p>要支援 1 <input type="checkbox"/> (月 4 回まで…378 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 5 回以上…1,647 単位/1 月) 要支援 2 <input type="checkbox"/> (月 8 回まで…389 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 9 回以上…3,377 単位/1 月)</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>運動器機能向上加算 (225 単位) <input type="checkbox"/>栄養改善加算 (150 単位)</p>
<p>通所介護相当サービス (泉佐野市・熊取町)</p>	<p>【1 単位の単価 10.27】</p> <p>要支援 1 <input type="checkbox"/> (月 4 回まで…378 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 5 回以上…1,647 単位/1 月) 要支援 2 <input type="checkbox"/> (月 4 回まで…378 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 5 回以上…1,647 単位/1 月) <input type="checkbox"/> (月 8 回まで…389 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 9 回以上…3,377 単位/1 月)</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/>運動器機能向上加算 (225 単位) <input type="checkbox"/>栄養改善加算 (150 単位)</p>
<p>通所型サービス A (岸和田市・貝塚市)</p>	<p>【1 単位の単価 10.27】</p> <p>要支援 1 <input type="checkbox"/> (月 4 回まで…302 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 5 回以上…1,317 単位/1 月) 要支援 2 <input type="checkbox"/> (月 8 回まで…311 単位/1 日) <input type="checkbox"/> (月 9 回以上…2,701 単位/1 月)</p>



PDリハビリデイサービス かなえるLIFE

〒596-0044 岸和田市西之内町 9-67

TEL:072-423-0570

FAX:072-423-0580