

- クローバーのさと デイサービス カウピリ板橋
- クローバーのさと 認知症対応型デイサービス カウピリ板橋

宛て

## 申 込 書

**お申込み：FAX 03-3957-1115**

ご希望の曜日、回数、開始日と別紙「情報提供書No. 1～No. 3」をご記入の上、合わせてお申し込みください。

(まずはご見学のみをご希望される場合は、こちらの用紙と「情報提供書No.1」の2枚



### 事前訪問・契約・日程調整

事前に職員が訪問させていただき、ご本人様の心身の様子や要望等を伺わせていただきます。

またサービス内容や料金についてご説明させていただきます。

事業所名	
事業所TEL番号	
ご担当者氏名	
事業所FAX番号	

ご利用者様氏名	ご利用希望	
様	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
送迎	週に 回 希望	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月に 回 希望	
入浴	見学希望日	/ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見学時の送迎希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
見学希望	<small>※見学時の送迎が必要な場合は、人数と車椅子の有無をお知らせ下さい。</small> ↓	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
備考		

お申込みありがとうございました。 今後ともよろしくお願ひ致します。

- クローバーのさと デイサービス カウピリ板橋
- クローバーのさと 認知症対応型デイサービス カウピリ板橋
- クローバーのさと ショートステイ カウピリ板橋

## 情 報 提 供 書 No. 1

記入日： 西暦                      年                      月                      日

ふりがな 利用者名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	大・昭                      年                      月                      日		歳
住所			
電話番号			

介護度	<input type="checkbox"/> 要支援    (                      )	<input type="checkbox"/> 要介護    (                      )	
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (第                      段階)	負担割合	割
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (福祉事務所：                      ) (担当：                      )		

担 当 事 業 所	事業所名		担当	
	住所			
	電話番号		FAX番号	

緊 急 連 絡 先	フリガナ 氏名		続柄	
	住所			
	電話番号	日中	夜間	

利 用 目 的	
------------------	--

現 在 の 利 用 サ ー ビ ス	訪問介護		訪問看護	
	訪問入浴		訪問リハビリ	
	通所介護		通所リハビリ	
	福祉用具		短期入所	
	その他			

※介護保険証の写し、お薬手帳や内服薬の処方内容の分かるものを添付ください。  
「介護保険限度額認定証」「社福減免証」をお持ちの方は合わせて添付ください。



