デイサービスセンターフレール
1日無料体験申込書

年　　月　　日

利用者	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏名				
	住所	〒 ※マンション等建物の名称の記入もお願い致しま			
	電話番号				
	生年月日	年　月　日　歳	独居　・　同居（配偶者　・子供:　　他:		
被保険者情報	被保険者番号				
	認定年月日				
	認定結果				
	認定有効期限				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M　最新判定日　年　月　日			
	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・c-1・c-2　最新判定日　年　月　日			
	負担割合証	1割　・　2割　・　3割	生活保護		
1日無料体験について	事前面談希望日	年　月　日（　）　時	体験希望日	年　月　日（　）	
	送迎の希望	有　（　迎え　・　送り　）（　リフト車　・　普通車可能　）　・　無			
	主治医				
	病歴・処置が必要				
	デイサービス利用目的				
	食事介助	必要　・　必要なし	入浴	有　・無	一般浴　・　機械浴
居宅介護支援事業所名			事業所番号		
住所					
電話番号/FAX番号					
担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ					

デイサービスセンターフレール

555－0034

大阪市西淀川区福町2丁目4番16号

TEL　06－6476－3610

FAX　06－6476－3611