

様式第 1 号 (第 6 条関係)

年 月 日

潮来市特定高齢者デイサービス事業利用申請書

潮来市長 様

住所
申請者氏名 印
電話番号

利用開始希望日	年 月 日		
利用者	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	潮来市 (電話 -)	
利用するサービスの 内容	(1) 運動機能向上 (2) 栄養改善 (3) 口腔機能向上 (4) 閉じこもり予防 (5) 認知症予防 (6) うつ予防 (7) 入浴 (8) 食事		
主たる介護者	氏 名		
	住 所	潮来市	
緊急連絡先	1	(続柄)	TEL ()
	2	(続柄)	TEL ()
かかりつけの医療 機関名		主治医	
身体状況等	現在の状況、病名及び障害の程度 ※健康診断書添付		
利用料 (利用者負担)	食事サービス (1回あたり) 600円 利用料基本 (1回あたり) 855円 加算 (1回あたり) 運動機能向上 85円 口腔改善 57円 栄養改善 57円		

