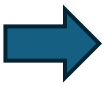
障害サービス利用申込書

申込日：　　年　　月　　日

相談支援事業所名：事業所番号 担当者名 TEL: FAX:



レインボーブリッジ板橋ケアセンター 宛 東京都板橋区板橋3-5-15 TEL:03-5943-2951 FAX:03-5943-2952

利用者情報

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	年　月　日生　歳
住所		TEL・携帯

障害保険情報	受給者証番号：		
交付年月日	年　月　日		
認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日		
障害支援区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
負担上限額	円	負担上限管理事業所	

主な疾患及び状態
依頼内容 身体介護 ・ 家事援助 ・ 通院介助 ・ 移動支援（身体有 ・ 無） ・ 同行援護

緊急連絡先

ふりがな	続柄	TEL・携帯
氏名		
住所		その他

主治医情報

医療機関名、医師名、診療科目