

# 訪問介護サービス申し込み用紙

申し込み日時 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	
要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定有効期間	
被保険者番号		平成 年 月 日	～平成 年 月 日
生保	有 無		
訪問介護負担減額証	有・無	負担者番号	受給者番号
住所		電話	FAX
連絡先	氏名	電話	続柄
ご依頼元 事業者名	担当ケアマネージャー様		
	事業者番号		
住所			
電 話		FAX	

## サービス内容

曜日	時 間	詳 細
月	時 ～ 時	
火	時 ～ 時	
水	時 ～ 時	
木	時 ～ 時	
金	時 ～ 時	
土	時 ～ 時	
日	時 ～ 時	

<情報>

※コミュニケーション；（容易・困難）

- ・移乗 ； （自立・杖・車椅子）      ・排泄 ； 自立・一部介助・見守り・オムツ
- ・痴呆 ； 無し・軽度・中度・重度      ・麻痺 ； 上肢（右・左） 下肢（右・左）
- ・食事 ； 自力摂取・一部介助・見守り・全介助
- ・金銭管理 ； 本人・家族・その他（      ）
- ・ヘルパー（女性・男性・どちらでも）を希望
- ・サービス開始予定日 平成 年 月 日（      ）
- ・ヘルパー利用歴； 有り・無し

その他、注意点