

# 訪問介護利用申込書

ライフデザインきらり 宛

FAX: 048-258-6555

TEL: 048-280-6444

申込日 年 月 日

下記のとおり、訪問介護の利用を申し込みます。

申込者	□ 居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー: _____)					
	事業所名				事業所番号	_____
	所在地	〒 _____				
	電話番号	( _____ )		FAX番号	( _____ )	
	□ 本人 □ 家族(利用者との続柄: _____) □ その他( _____ )					
利用される方	フリガナ				生年月日	_____
	氏名	( 男 ・ 女 )		年 月 日 ( 歳 )	_____	
	住所	〒 _____			TEL: ( _____ )	_____
連絡先(緊急時)						
氏名		( 続柄 )		TEL: ( _____ )		
被保険者番号	_____	保険者	_____	市	生活保護 有 ・ 無	
要介護状態区分	□ 事業対象者 □ 要支援 □ 要介護			要介護認定の有効期間		
	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5	年 月 日 ~ 年 月 日				
訪問介護サービス	利用開始希望日	年 月 日 ( _____ )				
	利用希望曜日	月 火 水 木 金 土 日				
	世帯区分	独居 ・ 高齢者世帯 ・ その他( _____ )				
	主たる介護者	配偶者 ・ 子供( _____ ) ・ その他( _____ )				
	現在の状況	在宅 ・ 入院中 ・ 退院予定日( _____ )				
	認知症・感染症	認知症( 有 ・ 無 ) / 感染症( 有 ・ 無 )				
	行動等の課題	あり( _____ ) ・ なし				
<b>利用希望サービス情報</b>						
食事	・ 食事介助・特段の専門的配慮を持って行う調理					
排泄	・ トイレ介助・おむつ交換					
清拭	・ 清拭・入浴・部分浴・洗髪・洗顔・身体整容・更衣介助					
移動	・ 体位変換・移動・移乗介助・外出介助					
起床・就寝	・ 起床介助・就寝介助					
服薬	・ 服薬介助					
見守り	・ 自立生活支援のための見守りの援助					
家事	・ 家事援助(掃除、洗濯、衣類の整理、被服の補修、一般的な調理、配下膳、買い物、薬の受け取り等					
曜日	利用希望時間				サービスの略称(身体2生活1)	
	時	分	時	分		
	時	分	時	分		
	時	分	時	分		
	時	分	時	分		
	時	分	時	分		
その他連絡事項がございましたらご記入ください。						

弊社記入欄



受付日	担当者	管理者	サ責	備考