

パレ・フローラ指定訪問介護事業所 サービス利用申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏 名	様		性別 男・女	生年月日	年 月 日 (歳)									
住所	〒				固定電話	()								
					携帯番号	()								
緊急連絡先	氏名		続柄		固定電話	()								
	住所				携帯番号	()								
介護保険情報	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 新規申請中 ・ 区分変更申請中												
	被保険者番号				保険者名	東久留米市・()								
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				負担割合 1・2・3 割								
	その他	※必要な情報がありましたらご記入ください (生活保護受給等)												
家族構成図		関係者情報												
		氏名	年齢	続柄	同居	職業	健康状態 連絡先							
希望される サービス	希望曜日	日 ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土												
	希望時間	午前 ・ 午後 ・ 夜朝 ・ 深夜												
	その他の希望													
	支援内容 (あてはまる項目に○)	身体介護	食事介助・排泄介助・入浴介助・整容介助・口腔ケア・他 ()											
		生活援助	掃除・洗濯・調理・買い物・他 ()											
		自 費	身体介護・生活援助・通院同行 (※1時間あたり2,500円)											
	算定情報 (参考)	要支援の方	A2サービス・処遇改善加算 (I)											
		要介護の方	特定事業所加算 (I)・処遇改善加算 (I)											
※キャンセル料あり (契約時に説明)														
ご本人情報	既往歴等	医療機関名		医師名	連絡先	備考								
障害高齢者の日常生活自立度				認知症高齢者の日常生活自立度										
ケアマネ ジャー情報	居宅事業所名				TEL	()								
	ケアマネジャー氏名				FAX	()								
備考 ※必要に応じてフェースシート・アセスメント等の情報をお送りいただけると幸いです。														
社会福祉法人 竹恵会 パレ・フローラ指定訪問介護事業所 概要					担当者	木村・坂野・板山								
事業所番号	1	3	7	4	8	0	0	2	6	4	TEL	042-472-1330	FAX	042-479-1025
住所	〒203-0043				東久留米市下里4-2-50				ご相談対応時間		8:30~17:30			