# 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<br>氏　名 | 様 | 性別<br>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 | |