

社会福祉法人 竹恵会

老人デイサービスセンター パレ・フローラ（ひだまり）サービス申込書 申し込み日：

ふりがな お客様氏名	様	男	女	生年月日	T・S	年	月	日	(歳)	
住所	〒 -						電話	()		
							携帯電話	()		
相談者 緊急連絡先	氏名				続柄			電話	()	
	住所							携帯電話	()	
要介護 認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 区分変更中						認定日			
	認定期間	年 月 日 ~			年 月 日		保険者			
	被保険者番号							生活保護	無	有
<家族構成図>		ご家族関係					負担割合	1割	2割	3割
		氏名	年齢	続柄	同居	職業	健康状態	連絡先		
お申し込みサービスにチェックをつけてください	パレ・フローラ (通所介護Ⅰ) (総合事業型通所介護 A6) 定員29名	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 総合事業型通所介護		月	火	水	木	金	土	
		<input type="checkbox"/> 入浴 (<input type="checkbox"/> 一般浴)		月	火	水	木	金	土	
		(<input type="checkbox"/> 機械浴)		月	火		木	金		
		加	対象者	入浴介助加算Ⅰ						
		算	全員	中重度者ケア体制加算 サービス提供体制加算Ⅰ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 科学的介護推進体制加算						
	ひだまり (認知症対応型通所介護Ⅰii) 定員12名 ※地域密着型	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護		月	火	水	木	金	土	
		<input type="checkbox"/> 入浴 (<input type="checkbox"/> 一般浴)		月	火	水	木	金	土	
		(<input type="checkbox"/> 機械浴)		月	火		木	金		
		加	対象者	入浴介助加算Ⅰ						
		算	全員	サービス提供体制加算Ⅰ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 科学的介護推進体制加算						
ケアプラン作成機関					事業所番号					
ケアマネジャー氏名				TEL				FAX		
既往歴						主治医 電話番号				
備考 (デイサービスご利用申し込みに至る経緯など)										
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
※介護保険証/負担割合証/薬事情報 (お薬手帳等) /フェイスシートの添付をお願いします。										
社会福祉法人 竹恵会 老人デイサービスセンター パレ・フローラ (ひだまり) 概要										
事業所番号	1374800280			TEL	042-472-0640			FAX	042-474-2100	
住所	〒203-0043 東京都東久留米市下里4-2-50									
担当生活相談員	パレ・フローラ担当：田口・熊沢 ひだまり担当：寺田									
営業時間	8：30～17：30 年始 (1/1～1/3) は休業日となります。									