

ヘルパーステーション中野

〒164-0001

中野区中野 4-7-1 野口ビル2F

TEL: 5318-0533

FAX: 5318-0534

訪問介護サービス申込書

申込日 20 (令和)年 月 日

介護支援事業所	TEL: FAX:	担当ケア マネー ジャー					
フリガナ 利用者名	男 様 女	生年月日	M・T・S (西暦 年) 年 月 日				
住所		TEL					
緊急連絡先	(続柄:)	TEL					
被保険者番号	000	認定日	年 月 日				
介護度	事業対象者 / 要支援 1・2	生活保護	有 ・ 無 (No)				
	要介護 1・2・3・4・5	減額	有 ・ 無 (No)				
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日						
サービス開始	年 月 日	負担割合	割				
世帯区分	完全独居 ・ 日中独居 ・ 高齢者のみ ・ 同居者あり ()		ペット 有 ・ 無 ()				
曜日	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
サービス区分							
サービス内容	身体 介護	・ 食事介助 ・ 更衣介助 ・ 体位変換 ・ 移乗/移動 ・ 洗面/口腔ケア ・ 排泄介助 ・ 身体整容 ・ 通院介助 ・ 清拭 ・ 部分/全身浴 ・ 外出介助 ・ 服薬介助 ・ 自立支援の為の援助 ・ その他()					
	生活 援助	・ 買物 ・ 洗濯 ・ 掃除 ・ ベッドメイク ・ 薬とり ・ 調理/配下膳 ・ その他()					
	介護 予防	・ 一緒に調理 ・ 一緒に買物 ・ 一緒に掃除・片付け ・ 入浴のお手伝い ・ 一緒に洗濯 ・ その他()					
医療機関	病院名		TEL				
	病院名		TEL				
現病状			既往歴				
留意事項							
感染症	有 ・ 無 ()						
備考							