

## ヘルパーステーション梅ヶ丘 利用申込書

【居宅介護・重度訪問介護】福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)

|          |             |       |           |
|----------|-------------|-------|-----------|
| 事業所番号    | 1311204653  | 申込日   | 令和 年 月 日  |
| フリガナ利用者名 | 男・女<br>生年月日 | M T S | 年 月 日( 歳) |
| 住 所      | 〒□□□-□□□□   | 電話番号  |           |
| 緊急連絡先    | 氏名 (続柄)     | 電話番号  |           |

<利用者基本情報>

|                     |             |          |               |
|---------------------|-------------|----------|---------------|
| 介護度または障害支援区分        |             | <生活保護受給> | 有 無           |
| 被保険者番号またはサービス受給者証番号 |             |          |               |
| 認定日                 | 年 月 日       | 認定有効期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 主病名<br>疾患名          |             |          |               |
| 家族状況                | 独居          | 日中独居     | 高齢者世帯         |
|                     | 同居者及びキーパーソン |          |               |

<利用希望>

|         |   |          |   |
|---------|---|----------|---|
| 利用希望日   | いつでも・月・火・水・木・金・土  | 週利用回数    | 週 回   |
| 利用希望時間  | 午前・午後   | 派遣ヘルパー   | <input type="checkbox"/> 男性希望 <input type="checkbox"/> 女性希望 <input type="checkbox"/> どちらでも可 |
| 利用開始希望日 | 令和 年 月 日  | 祝祭日の利用希望 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない                                  |
| 訪問介護内容  | 身体 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 重度訪問 <input type="checkbox"/> | 同行援護     | <input type="checkbox"/>  |

<訪問介護実施にあたってのご希望、注意点(医療、既往歴を含む)などご記入ください。>

|           |  |     |  |
|-----------|--|-----|--|
| 医療機関・主治医名 |  | TEL |  |
|-----------|--|-----|--|

|       |                              |       |     |
|-------|------------------------------|-------|-----|
| 事業所   |                              | 支援担当者 |     |
| 事業所番号 |                              | TEL   | FAX |
| 住所    | 一般財団法人脳神経疾患研究所 ヘルパーステーション梅ヶ丘 |       |     |