

# 第1号訪問サービス利用申込書

令和 年 月 日

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| 支援事業所番号<br>支援事業所名<br><br>TEL<br>FAX | 担当ケアマネージャー |
|-------------------------------------|------------|

## 利用者情報

|                          |                     |          |             |              |   |
|--------------------------|---------------------|----------|-------------|--------------|---|
| ふりがな                     |                     | 性別       | 男<br>・<br>女 | 生年月日         |   |
| 氏名                       |                     |          |             | 明・大・昭        | 年 |
| 住所                       | 板橋区                 |          |             |              |   |
|                          | TEL                 | FAX ・ 携帯 |             |              |   |
| 緊急連絡先                    | 氏名                  | 続柄       | TEL         |              |   |
|                          | 住所                  |          |             |              |   |
| 被保険者番号                   |                     | 生活保護     | 有<br>・<br>無 | 受給者番号        |   |
| 要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象 ・ 申請中 |                     |          |             | 負担者番号        |   |
| 個人負担割合                   | 1割・2割               | 認定日      | 年 月 日       |              |   |
| 要介護認定の有効期間               | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 |          |             |              |   |
| 主な疾病                     |                     |          | 感染症         | C型肝炎 MRSA 疥癬 |   |
|                          |                     |          | 有 ・ 無       | その他 ( )      |   |
| 主治医                      | TEL                 |          |             |              |   |

## 利用申し込み内容

| 曜日・時間 | 訪問形態 | 援助内容 |
|-------|------|------|
|       |      |      |
|       |      |      |
|       |      |      |

## タイムテーブル

|   | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 月 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 火 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 水 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 木 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 金 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 土 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 日 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |