

葛飾区家族介護者訪問レッスン事業利用申請書

(1号様式)

		申込日	年	月	日
主たる介護者 (申込者)	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	〒 (アパート・マンション名)			
	連絡先電話番号	(携帯電話)		(自宅・その他())	
介護が必要な方 (要介護者)	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	※申込者と異なる場合のみ記入してください 〒 (アパート・マンション名)			
	介護認定状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援()			
	申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 実親 <input type="checkbox"/> 義親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()			
訪問レッスン希望日時	家族介護で特に困っている介護内容	<input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 清拭・入浴 <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 移動・移乗介助			
	レッスン希望場所	<input type="checkbox"/> 主たる家族介護者宅 <input type="checkbox"/> 要介護者宅 ※いずれも区内に限る			
	希望日時1	年 月 日()		:	から1時間~1時間半程度
	希望日時2	年 月 日()		:	から1時間~1時間半程度
	※ご希望に添えない場合は調整させていただくことがありますのでご了承ください。				
(介護予防)事業者利用情報等	居宅介護支援事業所名				
	担当ケアマネジャー			電話番号	
	受けている介護サービスに☑してください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) 週__回 ※訪問介護事業所名 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週__回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週__回 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション 週__回 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 月__回 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 週__回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) 週__回 <input type="checkbox"/> 短期入所生活・療養介護(ショートステイ) 週__回 <input type="checkbox"/> 利用中の福祉用具() <input type="checkbox"/> その他()	メモ欄			

事務処理欄 登録台帳入力 日程調整 開催案内の発送

受付番号