

訪問介護サービス依頼書

令和 年 月 日

事業所番号	
介護支援事業所	
住 所	〒
電話番号	
FAX番号	
担当者	



事業所番号	1171901166
事業所名	蕨介護サービス事業所
住 所	〒335-0034 戸田市笹目5-2-15
電話番号	048-423-8048
FAX番号	048-423-8047
担当者	佐々木 真代

居宅サービスの利用にあたり、下記の通り申し込みます。

ご利用者氏名	ふりがな	男・女	住所	〒		
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	電話	()	FAX	()	
保険者番号	被保険者番号	介護度	認定有効期間			
		要支援・要介護	年 月 日 ~ 年 月 日			

生活保護 有・無	公費負担 有・無	サービス開始日	年 月 日 ()
----------	----------	---------	-----------

家族構成	氏名	続柄	年齢	同居・別居	備考	氏名	続柄	年齢	同居・別居	備考	
					同・別					同・別	
					同・別					同・別	

緊急時	氏名	続柄	連絡先	氏名	続柄	連絡先
				自宅・会社・携帯		

身体状況	移動	自立・要介助・車椅子・その他	視力	普通・眼鏡使用・その他
	立位	自立・要介助	聴力	普通・補聴器使用・聞こえにくい
	座位	自立・要介助	言語	普通・聞き取りにくい
	排泄	自立・要介助・車椅子・その他	食事	自立・要介助・常食・粥・刻み・ミキサー・その他
	更衣	自立・要介助	麻痺	有り・無
	入浴	自立・要介助	認知症	有り・無

既往歴	年 月頃	病名	病院	電話	()	担当医
	年 月頃	病名	病院	電話	()	担当医
	年 月頃	病名	病院	電話	()	担当医

サービス内容	乗降介助	①	②	③	④	
	身体介護	①	②	③	④	
	生活援助	①	②	③	④	
	自費サービス	①	②	③	④	
		日・月・火・水・木・金・土	:	~	:	内容
		日・月・火・水・木・金・土	:	~	:	内容
	日・月・火・水・木・金・土	:	~	:	内容	
	日・月・火・水・木・金・土	:	~	:	内容	
	日・月・火・水・木・金・土	:	~	:	内容	

備考	

蕨介護サービス事業所

TEL 048-423-8048

フリーダイヤル 0120-31-2941

URL: <https://warabi-kaigo.co.jp>



訪問介護

◎身体介護

- ・食事介助、入浴介助、排泄介助など
- ・衣類の交換、清拭など
- ・ご利用者様と共に行う自立支援など

◎生活援助

- ・掃除、洗濯、ベッドメイクなど
- ・食事の準備、調理など
- ・買い物代行、薬の受け取り、ゴミ出しなど

◎通院等乗降介助

- ・通院、入院、退院の送迎、
- ・官公署、相談支援事業所等の送迎

自費サービス

◎保険適用外のお手伝い

- ・お庭掃除、ペットのお世話、換気扇掃除など
- 30分/1,700円

◎保険適用外の移送サービス

- ・転院、冠婚葬祭、余暇支援など
- 30分/2,700円

障害者総合支援・地域支援事業

◎居宅介護

- ・食事介助、入浴介助、排泄介助など
- ・衣類の交換、清拭など
- ・ご利用者様と共に行う自立支援など

◎生活援助

- ・掃除、洗濯、ベッドメイクなど
- ・食事の準備、調理など
- ・買い物代行、薬の受け取り、ゴミ出しなど

◎通院等乗降介助

- ・通院、入院、退院の送迎、
- ・官公署、相談支援事業所等の送迎

◎通院等介助

- ・院内付き添いなど

◎重度訪問介護

- ・重度の肢体不自由者で常に介護が必要である方に、入浴、排泄、食事の介助、家事援助コミュニケーション支援、外出時の移動介助など

◎移動支援

- ・屋外で移動が困難な方について外出のための支援など

ヘルパー空き状況

◎=お仕事させて下さい! ○=空きあります △=要相談

月
◎

火
△

水
◎

木
○

金
○

土
○

管理者 佐々木 真代

