

様式第1号(第7条・第11関係)

渋川市地域助け合い家事援助サービス依頼兼利用確認票

年 月 分

ふりがな				生年月日					性別		
氏名											
住所											
利用者区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者				被保険者番号						
依頼内容		<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯									
利用回数		週 回 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日									
居宅介護支援事業所				電話							
担当ケアマネ				FAX							
ケアプラン				<input type="checkbox"/> ケアマネジメントA 他のサービスを併せて利用する場合		<input type="checkbox"/> ケアマネジメントC 地域助け合い家事援助サービスのみ利用する場合					
回数	利用日	曜日	利用時間	家事援助者名	実施内容(該当に○印)				確認印		
					調理	買物	掃除	洗濯			
1			: ~ :								
2			: ~ :								
3			: ~ :								
4			: ~ :								
5			: ~ :								
6			: ~ :								
7			: ~ :								
8			: ~ :								
9			: ~ :								
備考											

※サービス実施事業者→市 翌月10日までに報告

※サービス実施事業者→担当ケアマネ 翌月5日までに報告

依頼時記入例

様式第1号(第7条・第11関係)

依頼時は提供年月欄は空欄。

渋川市地域助け合い家事援助サービス依頼兼利用確認票

年 月 分

ふりがな	しぶかわ たろう		生年月日	昭和7年7月7日		性別	男		
氏名	渋川 太郎								
住所	渋川市渋川1111-1								
利用者区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者			被保険者番号					
	1	2	3	4	5	6	7	8 9 0	
依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 買物 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯								
利用回数	週 2 回 <input checked="" type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日								
居宅介護支援事業所	介護支援事業所■■■■■			電話	0279-22-0000				
担当ケアマネ	伊香保 花子			FAX	0279-22-△△△△				
ケアプラン	<input type="checkbox"/> ケアマネジメントA 他のサービスを併せて利用する場合			<input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジメントC 助け合い家事援助サービスのみ利用する場合					
回数	利用日	曜日	利用時間	家事援助者名	実施内容(該当に○印)				確認印
					調理	買物	掃除	洗濯	
1			: ~ :						
2			: ~ :						
3			: ~ :						
4			: ~ :						
5			: ~ :						
6			: ~ :						
7			: ~ :						
8			: ~ :						
9			: ~ :						
備考									

ケアマネジャーが記載。

※サービス実施事業者→市 翌月10日までに報告

※サービス実施事業者→担当ケアマネ 翌月5日までに報告

報告時記入例

様式第1号(第7条・第11関係)

渋川市地域助け合い家事援助サービス依頼兼利用確認票

家事援助者が記載

平成28年6月分

ふりがな	しぶかわ たろう		生年月日	昭和7年7月7日	性別	男				
氏名	渋川 太郎									
住所	渋川市渋川1111-1									
利用者区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者		被保険者番号							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 買物 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯									
利用回数	週 2 回 <input checked="" type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日									
居宅介護支援事業所	介護支援事業所■■■■■			電話	0279-22-0000					
担当ケアマネ	伊香保 花子			FAX	0279-22-△△△△					
ケアプラン	<input type="checkbox"/> ケアマネジメントA 他のサービスを併せて利用する場合			<input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジメントC 地域助け合い家事援助サービスのみ利用する場合						
回数	利用日	曜日	利用時間	家事援助者名	実施内容(該当に○印)				確認印	
					調理	買物	掃除	洗濯		
1	2	木	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○		○	○		
2	6	月	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○	○				
3	9	木	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○		○	○		
4	13	月	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○	○				
5	16	木	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○		○	○		
6	20	月	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○	○				
7	23	木	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○		○	○		
8	27	月	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○	○				
9	30	木	11:00 ~ 12:00	赤城 はるな	○		○	○		
備考										

サービス提供時に家事援助者が記載し、利用者が押印。

※サービス実施事業者→市 翌月10日までに報告

※サービス実施事業者→担当ケアマネ 翌月5日までに報告