

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