

# 【more】 共通相談受付票

※お手数ですが右記問い合わせ先にチェックをお願いします

ヘルパーステーション モア 世田谷瀬田 担当：草野  
TEL：03-6447-9016 FAX：03-6447-9017

ヘルパーステーション モア 世田谷用賀 担当：中井  
TEL：03-6805-7135 FAX：03-6805-7145

ヘルパーステーション モア 世田谷千歳船橋 担当：水田  
TEL：03-5799-7816 FAX：03-5799-7817

申込日：令和 年 月 日

|            |  |   |           |  |     |
|------------|--|---|-----------|--|-----|
| 依頼者情報      | 事業所名   |   |           |  |     |
|            | 氏名   |   |           |  |     |
|            | TEL  |   | FAX       |  |     |
| 利用者情報      | フリガナ   |   | 性別        | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女  |     |
|            | 氏名   |   | 生年月日      | <input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 |     |
|            | 住所   | (〒 - )  |           | 年 月 日<br>( 歳 )   |     |
|            | TEL  |   |           |  |     |
|            | 要介護区分等   | <input type="checkbox"/> 申請中 ・ 要介護 ( <input type="checkbox"/> 事・ <input type="checkbox"/> 支1・ <input type="checkbox"/> 支2・ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5)<br>※介護保険負担割合 ( <input type="checkbox"/> 生保・ <input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3割) |           |  |     |
|            | 有効期限   | 年 月 日 ~ 年 月 日   |           |  |     |
|            | 主疾患  |   |           |  |     |
| 介護者情報      | フリガナ   |   | 性別        | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女  |     |
|            | 氏名   |   | 続柄        |  |     |
|            | 住所   | (〒 - )  | 備考        |  |     |
|            | TEL  |   | 携帯電話      |  |     |
| 依頼内容       | 利用目的・サービス内容など  |   |           |  |     |
|            | 身体介護 ( ) 分・生活援助 ( ) 分・総合事業・介護保険外自費サービス ( ) 分<br>依頼曜日・時間 ( <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土・ <input type="checkbox"/> 日 ) 曜日 ・ ( / ) スポット |   |           |  |     |
|            | ①  | :   | ~         | :  |     |
|            | ②  | :   | ~         | :  |     |
| ③          | :  | ~   | :         |  |     |
| ④          | :  | ~   | :         |  |     |
| 事前訪問・契約希望日 |  | 月 日   | サービス開始希望日 |  | 月 日 |

お気軽にお問い合わせください！ご利用者が安心して在宅生活を継続できるようサポートさせていただきます