家族介護者への訪問レッスン申込書

申込日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主たる家族介護者  （申込者） | フリガナ |  | | | | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | | | | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 千葉市　　　　　区 | | | | |
| 連絡先電話番号 | －　　　　　　　　－ | | | | |
| メールアドレス | ＠ | | | | |
| 介護が必要な者  （要介護者） | フリガナ |  | | | | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | | | | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 千葉市　　　　　区  ※主たる家族介護者と同様の場合には記載不要 | | | | |
| 介護認定状況 | □未申請　　□申請中　　□要支援（　　）　□要介護（　　） | | | | |
| 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について教えてください。  記載欄： | | | | | |
| レッスン希望場所 | | □ 主たる家族介護者宅　　□ 要介護者宅　※いずれも市内に限る | | | |
| 希望日時１ | | 年　　月　　日（　　）　　　　：　　～　１時間 | | | |
| 希望日時２ | | 年　　月　　日（　　）　　　　：　　～　１時間 | | | |
| ※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）ケアプラン作成事業者情報等 | 事業者名 | |  | | | |
| 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。   * 訪問介護（ホームヘルプ）　週　　回   ※訪問介護事業所名   * 訪問入浴介護　週　　回 * 訪問看護　週　　回 * 訪問リハビリテーション　週　　回 * 居宅療養管理指導　月　　回 * 通所介護（デイサービス）　週　　回 * 通所リハビリテーション（デイケア）　週　　回 * 短期入所生活・療養介護（ショートステイ）　週　　回 * 利用中の福祉用具（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | メモ欄： | |

（提出先）〒260-0026 千葉市中央区千葉港４－３　千葉県社会福祉センター４階

　　　　　 千葉市家族介護者支援センター宛

　　　　　 FAX：043-242-6376　　TEL：043-302-2017（電話による申込受付も行っています。）