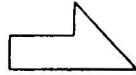


介護支援・サービス提供  
サービス受入依頼票 (ステップ2)

資料No. \_\_\_\_\_  
平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 分

事業所名 \_\_\_\_\_  
事業所番号 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

送信  
(月 日)



返信  
(月 日)

事業所名 \_\_\_\_\_  
事業所番号 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

※別添資料 (本紙含まず) \_\_\_\_\_ 枚 返信期日: \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日迄 ※別添資料 (本紙含まず) \_\_\_\_\_ 枚

(フリガナ) (独居・昼間独居・同居)  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_ 歳 男・女  
住所 \_\_\_\_\_  
電話ほか連絡方法 \_\_\_\_\_  
主な介護者・続柄 \_\_\_\_\_

介護保険証番号 \_\_\_\_\_  
有効期間 \_\_\_\_\_  
要介護度 \_\_\_\_\_  
介護保険 内・外・併用  
自己負担の減額 有 (\_\_\_\_\_)  
公費負担 有 (負担者番号 \_\_\_\_\_)  
(受給者番号 \_\_\_\_\_)

(連絡先)  
主治医 \_\_\_\_\_ 往診 有・無 ( / )  
処方・ほか \_\_\_\_\_

付近図

自立度  J一部自立  A準寝たきり (A1, A2)  B寝たきり (B1, B2)  C寝たきり (C1, C2)  
痴呆度  痴呆なし  I  II (IIa, IIb)  III (IIIa, IIIb)  IV  M  
希望するケア内容  入浴  食事  送迎  その他  
感染症 有・無 (感染症名: \_\_\_\_\_)  
主な病名 \_\_\_\_\_  
特記事項 \_\_\_\_\_

サービス名 \_\_\_\_\_ (身体・複合・家事)  
提供曜日 月・火・水・木・金・土・日  
毎週・隔週・その他 (\_\_\_\_\_)  
提供時間 \_\_\_\_\_  
送信記述 \_\_\_\_\_

送信

予約 可能・不可能・その他 (\_\_\_\_\_)  
返信記述 \_\_\_\_\_

返信