

記入例

受付フォーム

申請者について

ふりがな	びか いちろう	電話	
氏名	美化 一郎	携帯	
対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他()		
連絡可能時間帯	いつでも連絡可能 平日9:00~17:00		

欄の該当項目に入力してください。

対象者について

ふりがな	ひめじ たろう	電話	
氏名	姫路 太郎	携帯	
住所	(〒 670-8501) 姫路市 安田4丁目1番地 (共同住宅の場合) 建物名等 東館3階103号室 階数 3 階 設備 <input checked="" type="checkbox"/> エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> オートロック		
対象者情報	年齢 71 歳	生年月日	1950年 1月 1日
	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	同居人	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()人

はプルダウンで入力してください。

介護認定・手帳・ヘルパー利用について

介護認定・手帳等 (該当するものを全て選択)	介護認定	<input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5				
	障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳(交付から産後1年以上経過する)				
【介護保険】 訪問介護	利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の訪問介護を利用している				
	サービス内容	利用頻度(週2回) 内容()				
【障害福祉】 障害福祉サービス	利用の有無	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス(居宅介護)を利用している(障害福祉サービス受給者証を所持)				
	サービス種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助中心) <input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助中心以外) <input type="checkbox"/> その他				

該当する項目は全て入力してください。

ごみ出しについて

ごみ出しの 困難度	対象者本人	<input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> どちらかという困難 <input type="checkbox"/> 困難ではない		
	身近な人	<input checked="" type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> どちらかという困難 <input type="checkbox"/> 困難ではない		
現在ごみ出しをしている人	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 (長男) <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> ヘルパー・ケアマネジャー等 <input type="checkbox"/> その他()			
現在のごみ出し方法	長男が市外から来て、週1回代わりにごみ置き場にもっていってくれている。			
ごみ出しが 継続困難な理由	遠方からの支援が負担となっており、継続が困難になっている。また、近隣住民も高齢で、支援は望めない。 福祉サービスも、排出時間に間に合わないためごみ捨てでは利用できない。			

事業所関連

事業所名	〇〇居宅介護事業所		
ふりがな	びか いちろう	電話	
担当者氏名 (ケアマネジャー等)	美化 一郎	携帯	
他福祉サービスなどの 利用検討について	<input checked="" type="checkbox"/> 検討したが、該当するサービスがない <input type="checkbox"/> 検討していない		

担当事業所へ受付の内容を確認します。