

| | | | |
|-----|----|----|----|
| 管理者 | 課長 | 係長 | 事務 |
| | | | |

ケア担当： _____

パーソナルサポート利用申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人 千手会 木の宮学園 管理者殿

利用者氏名： _____ 家族氏名： _____ 印

上記の利用について、下記の通りに希望します。

| | | |
|---|--|--|
| ① | 利用日 | 平成 年 月 日 (曜) |
| ② | タイムケアサービス | a. 早朝サービス AM : ~ : まで (時間) |
| | | b. 夕方サービス PM : ~ : まで (時間) |
| ③ | 入浴サービス ※1回：200円 | 希望します ・ 希望しません |
| ④ | サテライトサービス ※1回(片道)：500円 | 希望します ・ 希望しません |
| | ケアを開始又は終了するのは | a. 自宅(朝 :)(夕 :) b. その他() (朝 :)(夕 :) |
| ⑤ | 外出付添いサービス | 希望します ・ 希望しません |
| ⑥ | 食事の提供 | 希望します ・ 希望しません |
| ⑦ | 外出を希望する方は、散歩・カラオケ・プール・ボウリング等の行き先や食事メニュー・経費など具体的に下記へ記入して下さい。 (_____) | |

※ラインより下については記入する必要はありません。

パーソナルサポート利用明細兼請求書

利用者氏名： _____

| 利用日 | 平成 年 月 日 曜日 |
|------------|--------------------|
| タイムケアサービス料 | <>コース @ × h = 円 |
| 入浴 | 円 サテライトサービス料 円 |
| 外出 | 食事 円 その他 円 |
| 合計 | 円 |