

管理者	課長	係長	事務

ケア担当： _____

佐倉市障害者一時介護(タイムケア)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。

基本サービス

①	利用日	平成 年 月 日 (曜)
②	一時介護サービス (タイムケア)	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 <small>※加算対象：利用者負担なし</small>	希望します ・ 希望しません

オプションサービス

④	サテライトサービス <small>※1回(片道)：500円</small>	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。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	

※ラインより下については記入する必要はありません。

佐倉市障害者一時介護(タイムケア)サービス利用明細兼請求書

利用者氏名： _____

利用日	平成 年 月 日 曜日
サテライトサービス料	円
外出	食事 円 その他 円
合計	円