

介護保険利用者フェイスシート

フリガナ 利用者氏名			生年月日	年 月 日
障害名			要介護度	要支援・１・２・３・４・５
利用者住所	(〒)			
利用者連絡先	Tel Fax 携帯		メール アドレス	
代理人氏名・ 住所	【氏名 】(〒) 【利用者との関係： 】			
代理人連絡先	Tel Fax 携帯		メール アドレス	
利用開始 (予定) 日	年 月 日～			
ケアマネー ジャー連絡先	事業所名	連絡先	担当者氏名	
口座	書類等送付時の郵送費用を不定期で清算のため 銀行 支店 普 番号_____			
現在の介護状 況、生活状況 など	・家族同居（父・母・祖父・祖母・夫・妻・子・その他）・１人暮らし（該当に○） ＜自薦ヘルパーによるサービス提供内容（予定）・希望・注意点＞ それぞれ必ず記入 他に利用しているサービス（該当に○） ・デイサービス・ショートステイ・グループホーム・その他（ ）			

F a x 0 1 2 0 — 9 1 6 — 8 4 3

コンビニ FAX からは 0 4 2 — 4 5 2 — 8 0 2 9