障害福祉サービス利用者フェイスシート

フリガナ 利用者（障害者）氏名		生年月日	年 月 日	男女
障害名	制度が上限なしになったとしたら、 1日（ ）時間の介護が必要			
利用者住所	(〒 -)			
利用者連絡先 (すべて記載の のち一番都合の いいものに○)	Tel	メール アドレス		
	Fax			
	携帯			
家族等 代理人 が事務 連絡す る場合	代理人	【氏名 (〒 -)		
	代理人 連絡先	【利用者との関係 :]		
	Tel (携帯可) Fax	メール アドレス		
相談支援事業所	事業所名	連絡先	担当者名	
口座	書類等送付時の郵送費用の不定期精算のため			
	銀行	支店	普	番号 _____
利用開始日 (希望日)	平成 年 月 日～	障害程度区分	1・2・3・4・5・6 (該当に○)	
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○） <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 他事業所の利用状況			
最新の支給決定期間	年 月 日～	年 月 日	利用者負担額	月上限 円
既に支給決定されている方のみ (単位は月の時間数)	支援の種類（類型）	月の支給決定時間	当会登録利用希望時間数	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 ( )
	居宅介護（身体）			
	居宅介護（家事）			
	重度訪問介護			
	重度訪問介護（移動加算）			
	移動支援（介護伴う）			
	移動支援（介護を伴わない）			
同行援護				