ゆうあいヘルプサービス事務局　行　　【ＦＡＸ送信先　２４－１０２０】

ゆうあいヘルプサービス新規利用問い合わせ用紙

お問い合わせ日　　令和　　年　　月　　日

担当	事業所名	
	職　名	
	氏　名	
	電　話	（　　）　　－
	FAX	（　　）　　－
利用希望者	住　所	松江市
	氏　名	
	性　別	男性　　女性
	年　齢	
	同居家族	なし あり（構成）
	介護度	未申請　　申請中（　　月　　日 付）　　非該当 事業対象者　　要支援 １　２　　要介護 １　２　３　４　５
	障がい手帳	あり（　身体・療育・精神　　級　）　・　なし
希望サービス	利用経緯	
	利用内容	【生活支援】調理 ・ 掃除 ・ 洗濯 ・ 話し相手 ・ 買い物 ・ その他（　　） 【身体に触れる支援】外出、通院の付き添い ・ その他（　　）
	希望日・回数・時間等	
その他		