

介護方法のコツを教えます！ 家族と共に暮らせる介護

家族介護者への訪問レッスン

在宅で高齢者を介護しているご家族が、日頃困難に感じている介護方法（食事介助・排泄介助等）について、ホームヘルパーがご自宅を訪問しアドバイスすることにより、介護者の身体的・精神的負担を軽減することを目的としています。

- ◇対象者 千葉市内に住所を有し、居宅で高齢者を介護している家族の方（今後介護をする見込みの家族の方も対象となります。）
- ◇訪問先 主たる家族介護者宅または介護が必要な高齢者宅（訪問先は千葉市内に限ります。）
- ◇講師 経験豊富なホームヘルパー等
- ◇レッスン時間 1時間
- ◇レッスン料 無 料
- ◇申込方法 電話・FAX・郵送（裏面の申込書にご記入ください。）



◇ 申し込み・問い合わせ先 ◇

〒260-0026

千葉市中央区千葉港4-3 千葉県社会福祉センター4階

千葉市家族介護者支援センター

電 話 043-302-2017 FAX 043-242-6376

（平日 午前9時～午後5時 土曜日 午前10時～午後1時）

※日曜日、祝日は休み

家族介護者への訪問レッスン申込書

申込日 平成 年 月 日

主たる家族介護者 (申込者)	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	千葉市 区		
	連絡先電話番号	— —		
	メールアドレス	@		
介護が必要な方 (要介護者)	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	千葉市 区 ※主たる家族介護者と同様の場合には記載不要		
	介護認定状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()		
訪問レッスン希望日時	家族介護で特に困っている介護内容について教えてください。 記載欄：			
	レッスン希望場所	<input type="checkbox"/> 主たる家族介護者宅 <input type="checkbox"/> 要介護者宅 ※いずれも市内に限る		
	希望日時1	年 月 日 () : ~ 1時間		
	希望日時2	年 月 日 () : ~ 1時間		
	※ご希望に添えない場合は調整させていただくことがありますのでご了承ください。			
(介護予防)ケアプラン作成事業者情報等	事業者名			
	担当ケアマネジャー		電話番号	— —
受けている介護サービスに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) 週 回 ※訪問介護事業所名 _____ <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション 週 回 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 月 回 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 週 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) 週 回 <input type="checkbox"/> 短期入所生活・療養介護(ショートステイ) 週 回 <input type="checkbox"/> 利用中の福祉用具 ()				メモ欄：

(申込先) 〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-3 千葉県社会福祉センター4階
 千葉市家族介護者支援センター宛

FAX : 043-242-6376 TEL : 043-302-2017 (電話による申込受付も行っています。)