

ショートステイ 申込書

緊急 新規

利用者様 宛て 申し込み日
情報 令和 年 月 日

| | | | | |
|------|--|------|------|-------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | | 歳 |
| 住所 | | 電話番号 | | |

介護保険情報 コピー貼付 (コピー貼付の場合、記載不要)

| | | | |
|----------|--|------|---|
| 介護度 | | 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 負担限度額認定証 | | その他 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 社福減免 |

緊急連絡先 本人と同居 (同居の場合は、住所・自宅電話記載不要)

| | | | |
|------|--|----|------|
| フリガナ | | 続柄 | 電話番号 |
| 氏名 | | | 携帯電話 |
| 住所 | | | |

担当ケアマネージャー 事業所外への返事希望 ⇒ 連絡先 ()

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 事業所 | | 担当者 | |
| 電話番号 | | F A X | |

かかりつけ医

| | | | |
|-----|--|------|--|
| 病院名 | | 電話番号 | |
| 主治医 | | | |

| | |
|------|--|
| 現病 | |
| 医療行為 | |

A D L 情報

| | | | |
|-----|--|------|--|
| 食事 | | (備考) | |
| 排泄 | | (備考) | |
| 入浴 | | (備考) | |
| 移動 | | (備考) | |
| 感染症 | | (備考) | |

特記事項 (利用に至る経緯等)

| |
|--|
| |
|--|

利用希望期間

令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

※介護保険証、負担割合証、負担限度額認定証がございましたら、添付して下さい。

上記申込書は、下記の施設でご利用頂けます。

- ・加賀屋の森
- ・グルメ杵屋社会貢献の家
- ・浜木綿苑
- ・ライフサポート協会 なごみ
- ・いわき園
- ・カサブランカ
- ・健祥会エンリケ

その他の添付書類につきましては、各施設にお問い合わせ下さい。