

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。