

# ショートステイ 利用申込書

申込日	令和	年	月	日	(受付担当)
受付日	令和	年	月	日	

※太枠内をご記入ください

私は、貴施設の入所に関する説明を受け、下記の通り申込みに同意致します。

申 込 者	(氏名)					(続柄)
	〒					(印)
	TEL	( )				
利 用 者	(かな)					
	(氏名)					(性別) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	〒					
	TEL	( )				
	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	( )	歳
介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )					
	(認定有効期間) 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	(保険者)	(保険者番号)				
	(被保険者番号)					
	介護保険負担限度額認定証 無・有 ( ) 段階 ( )					
介護保険負担割合証 1割 2割 3割 その他						
生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
緊 急 連 絡 先	(氏名)	(続柄)				
	〒					
	TEL	( )	TEL	( )		
利 用 希 望 日	(入所)	令和	年	月	日	( ) 時 分
	(退所)	令和	年	月	日	( ) 時 分
送 迎	<input type="checkbox"/> 不要 (入所 : / 退所 : )					
	<input type="checkbox"/> 希望 [希望時刻 指定無し 指定 (入所 : / 退所 : )]					
居 宅 事 業 所	(事業所)	(担当専門員)				
	〒					
	TEL	( )	FAX	( )		
利 用 料 請 求 先	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> 緊急連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 下記					
	(氏名)	TEL ( )				
	(住所) 〒					
支 払 い 方 法	口座振替 その他 ( )					
疾患・既往歴等						
A D L 身 体 状 況	(食事)					(身体清潔)
	(歩行)					(排泄)
	(着脱)					(運動)
	(意思疎通)					(その他)
特 記 事 項						