

年 月 日

ショートステイ（短期入所）利用申込書

住 所

申込者 氏 名

電 話

利用する人との続柄（ ）

以下の欄にもれなくご記入ください。

何度もご利用になっている方は、家族状況及び主治医欄は記入しなくてもけっこうです。（ただし、主治医名称は毎回ご記入下さい。）

利用施設			
利用 する 人	氏 名	(ふりがな)	男
	住 所	(中央区)	明大昭 年 月 日生まれ
			女 電 話 ()
利 用 期 間	年 月 日()から 年 月 日()まで 日間		
家 族 状 況	氏 名	続 柄	氏 名
	(主に介護している人)		
主 治 医	名称	申 込 理 由	介護者の疾病
	所在地		介護者の休養
	電話		冠婚葬祭
居宅介護支援事業者		ケアマネジャー	要介護度
			生活保護
			あり なし

実際のご利用にあたって、介護保険法に基づく契約をしていただきます。

このサービスの申込みにあたり、サービス実施の適否の確認に必要な要介護認定に関する情報を利用することに同意します。

氏 名