

ショートステイ利用申し込み書

申し込み年月日 年 月 日

申請者氏名：	印	続柄：
住所：		電話番号：

フリガナ			
氏 名	印	性 別	男 ・ 女
住 所	〒	生年月日	年 月 日
		電話番号	
要介護度	要支Ⅰ・要支Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ		
健康状態	認知症（有・無）	麻痺	有（左上肢・右上肢・左下肢・右下肢） 無
	（軽度・中度・重度）	歩行	自力・杖・歩行器・車椅子 ストレッチャー
緊急連絡先①	氏名：		続柄：
	住所：		電話：
緊急連絡先②	氏名：		続柄：
	住所：		電話：
居宅介護支援事業者			
電話番号		担当ケアマネジャー：	
かかりつけの病院名(担当医師)			
既往歴			
電話番号	— —		
*必要書類			
①介護保険証(コピー)			
②健康保険証・老人医療受給者証・減免・減額認定証(各コピー)			
期間	月 日 時(送迎：有・無) ～ 月 日 時(送迎：有・無)		

☆ミモザ使用欄☆