

# ショートステイ 利用申込書

( ) 月分

新規・再利用・未利用

●太線内のみ記入してください

No

利用者	ふりがな	男	M・T・S 年 月 日 歳	住所 〒								
	氏名	女	TEL									
主介護者	ふりがな	男	続柄 ( )	住所 〒								
	氏名	女	TEL 携帯									
ケアマネ	事業所名							TEL				
	担当者名							FAX				
介護保険	介護度	支援	1	2	介護	1	2	3	4	5	区変中	申請中
	認定期間	年 月 日		~	年 月 日							
利用日程	<input type="checkbox"/> 指定なし [ 日間位 ]											
	<input type="checkbox"/> 指定あり ① [ 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) ]											
	<input type="checkbox"/> 指定あり ② [ 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) ]											
居室	<input type="checkbox"/> 特に希望なし											
	<input type="checkbox"/> 希望あり 4人部屋 ( ) 2人部屋 ( ) 個室 ( )											
※ ( )内に希望順位をご記入ください												
特記												

施設記入欄

初回 / 再判定 ( 判定日 年 月 日 )

● ショートステイ (入) 月 日 ( ) AM PM :

室号 人部屋

(退) 月 日 ( ) AM PM :

MEMO