

短期入所申込書

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	大正・昭和
利用者氏名	様		年 月 日生(歳)
住所	〒 電話番号 ()		

フリガナ		続柄	電話番号
申込者氏名① (緊急連絡先)			自宅 () 携帯 ()

住所	〒		
----	---	--	--

フリガナ		続柄	電話番号
申込者氏名② (緊急連絡先)			自宅 () 携帯 ()

住所	〒		
----	---	--	--

介護保険	要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5 / 申請中(新規・更新・区変)
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日 負担割合 1割・2割・3割

収入状況	約 万円/月 (課税・非課税)	負担限度額認定証	4・3②・3①・2 / 未申請
------	-----------------	----------	-----------------

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅	(居宅介護支援事業所: ケアマネジャー:)
	<input type="checkbox"/> 病院入院中	(病院名: 入院日: 年 月 日～)
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	(施設名: 入所日: 年 月 日～)
	<input type="checkbox"/> その他()	

入所理由	<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 家族不在になる為	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

かかりつけ医療機関	①病院名【 】	診療科【 】
	②病院名【 】	診療科【 】
	③病院名【 】	診療科【 】

備考	
----	--