

## 短期入所生活介護（ショートステイ）利用申込書

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（ ）

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

社会福祉法人大和桜井園の短期入所生活介護を利用したいので、次のとおり申し込みます。

対 象 者	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏 名												
	生 年 月 日	1、明治			2、大正			3、昭和			性 別	1,男 2,女	
		年	月	日									
	認 定 結 果	要支援 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (申請中[申請日：平成 年 月 日])											
	認 定 有 効 期 間	平成		年		月		日	から				
		平成		年		月		日	まで				
住 所	〒 _____												
電 話 番 号	( )					FAX番号		( )					
利用希望日	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )												
	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )												
	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )												
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	住 所	〒 _____											
	事 業 者 名												
	担 当 者 名												
	電 話 番 号	( )					FAX番号		( )				
緊 急 連 絡 先	住 所	〒 _____											
	氏 名												
	電 話 番 号	日 中	( )					夜 間	( )				

<施設記入欄>

受 付 日	受 付 者	結 果	結果通知日	結果通知先	そ の 他
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 契 約 <input type="checkbox"/> 待 機 <input type="checkbox"/> 辞 退	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 申 込 者	