

社会福祉法人 清水福祉会 城東こすもす苑（ショートステイ）申込書

No 1

申込者連絡先	氏名:	続柄	申込日	令和	年	月	日	
	〒 —		受付日	令和	年	月	日	
	住所:		担当者名	受付番号				
	電話: () —							

貴施設の短期入所生活介護（ショートステイ）をしたいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者番号							
	氏名		男・女	被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	要介護度	要支援・1・2・3・4・5							
	要介護認定期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	認定申請予定日	H・R 年 月 日 *未申請の方は記入							
	自宅住所	〒 —			電話番号	市外局番()					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている									
	ショートステイを希望する理由										
	在宅介護継続期間	年 月	居宅サービスの利用の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	申込日前月に利用中のサービス	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月				
		訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月				
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月				
		短期入所療養介護	日/月								
利用している居宅介護支援事業者名	電話 () —			担当ケアマネージャー氏名							

