

申込者氏名: 続柄()

住 所:

電 話 番 号:

ひとりざわショートステイ利用申込書

※結果はFAXにて回答致します。(新規利用時は判定会後の回答になります)

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	男・女
		年	月	日								
	認定結果	要支援 1・2 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			
介護負担限度額認定証	有 ⇒ (第 段階) ・ 無											
住 所												
電話番号						FAX番号						
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					
利 用 者 希 望 日	平成	年	月	日	～	年	月	日				
	平成	年	月	日	～	年	月	日				
	平成	年	月	日	～	年	月	日				
	平成	年	月	日	～	年	月	日				
送 迎	1往復 2迎えのみ 3送りのみ 4家族送迎											
	車椅子リフト対応: 要・不要					車椅子持参: 有・無						

〈 施設記入欄 〉

◎ショートステイご利用申し込みについて下記の通りお知らせいたします。

□上記日程にてご利用いただけます

□変更有⇒

受付日	受付者	結果通知日	結果連絡先	利用確定処理	その他
平成 年 月 日		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		