

# 短期入所生活介護 利用申込書

年 月 日

介護老人福祉施設 タムスさくらの杜市川 宛て

利用者	ふりがな <input type="checkbox"/> 男		生年月日	明治	大正	昭和	歳	
	氏名 <input type="checkbox"/> 女			年	月	日		
	住所 〒 _____							
電話番号		自宅 ( )		携帯		( )		
要介護状態区分		要介護		1	2	3	4	5
認定日の有効期間		年 月 日 ~		年 月 日		まで		
介護保険被保険者番号								
介護保険負担限度額認定証		有( 段階)・無						
申込者	ふりがな							
	氏名		続柄( )					
	住所 〒 _____							
電話番号		自宅 ( )		携帯		( )		
利用希望日	希望日		送迎	希望日の調整・変更		利用希望理由		
	①	月 日 ~ 月 日	要・不	可 ・ 不可				
	②	月 日 ~ 月 日	要・不	可 ・ 不可				
	③	月 日 ~ 月 日	要・不	可 ・ 不可				
現在の状況			1. 在宅生活中 ( 同居 ・ 別居 )					
			2. 入院中 ( 医療機関名 )					
			3. 施設入所中 ( 施設名 )					
健康状態			1. かかりつか医 ( )					
			2. 現病名 ( )					
			3. 内服 ( )					
担当ケアマネージャー			1. 居宅支援事業所 ( )					
			2. ケアマネージャーの名前 ( )					
			3. 連絡先 ( )					

注) 利用申込書のほかに、診療情報提供書が必要となります。