

ショートステイ「彩幸の杜」利用申込書(2/2)

申込者名: _____ (ご利用者との関係: _____)

ご利用者	ふりがな		男・女	被保険者番号	
	氏名			介護度	要支援()・要介護()
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	(〒 -)	介護認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで
	住所			電話	()

主たる介護者	ふりがな		男・女	本人との関係	
	氏名			同居・別居の区分	1. 同居 2. 別居(状況)
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	(〒 -)	介護期間	平成 年 月 日頃から
	住所			<input type="checkbox"/> ご利用者と同じ	
				電話	()

緊急連絡先	①	ふりがな		本人との関係	自宅電話		
		氏名			携帯電話		
		住所	(〒 -)	<input type="checkbox"/> ご利用者と同じ		<input type="checkbox"/> 主たる介護者と同じ	
	②	ふりがな		本人との関係	自宅電話		
		氏名			携帯電話		
		住所	(〒 -)	<input type="checkbox"/> ご利用者と同じ		<input type="checkbox"/> 主たる介護者と同じ	

緊急時希望病院	①	電話 ()	[受診歴 - <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無]
	②	電話 ()	[受診歴 - <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無]

担当ケアマネージャー	事業所名	氏名				
利用希望	送迎	行き・帰り・往復	車の乗降	歩いて乗降可能・車椅子で乗降	車酔い	ない・ある()
現況	デイサービス	① 施設名 (曜日利用)	② 施設名 (曜日利用)			
	ショートステイ	① 施設名 (頻度: 日/月)	② 施設名 (頻度: 日/月)			

負担	利用予定金額 <small>※彩幸の杜利用料金表参照</small>	身元引受人	氏名	印
	負担割合		割	住所
減額	負担限度額	段階	訪問介護等	%
	年金種類	1 国民年金 2 厚生年金 3 共済年金 4 障害年金 5 恩給 6 受給なし		
本人収入	生活保護の有無	無・有		
	年金受給額	円/年		
	その他収入	円/年		
	<ご利用者・ご家族の意向>			
家族構成				

※ ご利用者の身体状況・精神状況および日常生活動作等について、担当ケアマネージャーから情報提供を受けることを了承します。

署名 _____ 印 _____