

入所申請書 (指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

		記入日	年	月	日	
ご利用者	フリガナ					
	氏名	生年月日	明・大・昭	年	月 日生	歳
	住所	(〒 -)				
	電話番号	TEL	-	-	FAX	-
	介護保険 被保険者番号			福祉制度 利用の 有無	<input type="checkbox"/> 法人減免 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 負担減免 (第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階)	
要介護度	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者					

受診状況	<input type="checkbox"/> 定期受診 [通院・往診 / 医療機関名] <input type="checkbox"/> 薬のみ有 <input type="checkbox"/> かかっていない				
その他のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 [月・週 回] <input type="checkbox"/> 通所介護 [月・週 回] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 [あり・なし] <input type="checkbox"/> 訪問看護 [月・週 回] <input type="checkbox"/> 通所リハ [月・週 回] <input type="checkbox"/> 住宅改修 [あり・なし] <input type="checkbox"/> 訪問入浴 [月・週 回] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 [月・週 回] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 [月・週 回] <input type="checkbox"/> その他 []				
備考・特記					

緊急連絡先	フリガナ			
	氏名			ご利用者との関係
	住所	(〒 -)		
		TEL	-	-

申請代行業者名			申請代行者	
TEL・FAX	TEL	-	FAX	-