

介護老人保健施設
宮沢の里 はなもも苑

ショートステイ利用申込書

年 月 日

申込者氏名

続柄 ()

住所

電話番号 ()

被保険者番号					
フリガナ				生年月日	
本人氏名	(男・女)			明・大・昭 年 月 (歳)	年 月 日
本人住所	〒 - 電話 ()				
居宅介護支援事業所	事業所番号				
	事業所名			担当支援専門員	
	住所	〒 -		電話 ()	FAX ()
介護保険	介護度	有効期間	年 月 日～年 月 日	限度額認定	有・無 (段階)
利用日時	月 日()：～月 日()：			リース利用	有・無
かかりつけ医	医療機関名			医師名	
	住所	電話 ()			
緊急時医療機関指定 (有る場合のみ)	医療機関名				
	住所	電話 ()			
【現症】		【既往症】	【処方内容】		
家族状況					
緊急時連絡順	氏名・続柄	住所・連絡先 保証人、主介護者に○を付けてください。			家族構成 (同居者は線で囲む)
1	フリガナ 氏名 続柄	住所		保証人	* 特筆すべき家族状況 ()
		自宅 ()	携帯 ()	主介護者	
2	フリガナ 氏名 続柄	住所		保証人	
		自宅 ()	携帯 ()	主介護者	
3	フリガナ 氏名 続柄	住所		保証人	
		自宅 ()	携帯 ()	主介護者	
保証人 勤務先	名称:		電話:	()	
住所:					
【請求書送付先】・ご本人・ご家族 ()・その他 ()					
【ご利用目的】					