

短期入所生活介護 利用申込書

【ご家族記載用】

申込日 年 月 日  
 受付日 年 月 日

利用される方	ふりがな ----- ご氏名	男・女	生年 月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和  年 月 日 歳
	ご住所 〒 _____ - _____  電話 _____ - _____			
申込者	ふりがな ----- ご氏名	続柄	連絡先	①  ②
	ご住所 〒 _____ - _____  電話 _____ - _____			
緊急連絡先	ふりがな ----- ご氏名	続柄	連絡先	①  ②
	ご住所 〒 _____ - _____  電話 _____ - _____			

介護保険内容

市町村名 _____	保険者番号 _____
被保険者番号 _____	
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中
有効期限	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
負担限度額認定証区分	第1段階 第2段階 第3段階 第4段階
登録ケアマネジャー 事業者住所	
事業所名	電話 _____ - _____
	担当者 _____

医療保険内容

後期高齢者医療保険	国民健康保険	その他 ( _____ )
-----------	--------	---------------

**申込理由** (該当するものすべて選択)

病院、他施設を利用しているが、退院(退去)を求められている

在宅生活が困難になった

その他

( )

---

**介護者の状況**

介護者が  いる  いない

配偶者が  いる  いない (  未婚  離別  死別 )

子供が  いる  いない

主に介護される方は  高齢  病弱  病気で通院・入院

障害がある  それ以外 ( )

利用しているサービス	サービス事業者名	利用回数等	備考
サービスに対するご本人またはご家族の希望等			





認知症・問題行動	認知症・問題行動の発症時期または症状を記入して下さい。  ●医師の認知症診断（有 ・ 無 ） 診断名（ ） 診断時期 年 月		
	障害老人の日常生活自立度		認知症老人の日常生活自立度