

ショートステイ利用申込書

ふりがな		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
利用者氏名	印		
現住所	(〒) 電話番号 ()		
保険の種類	健保 ・ 国保 ・ 後期高齢医療 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 生活保護		
介護保険	要介護度：1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 介護認定期間： 年 月 日～ 年 月 日		
負担限度	無 ・ 有 (段階)		
担当 介護支援専門員	事業所名： 担当者名：	電話番号：	
希望部屋	2人部屋 (2,000円/日) ※税別		4人部屋
送迎希望	希望有り ・ 希望無し		
緊急連絡先	【昼】氏名 (続柄)	電話番号 ()	
	【夜】氏名 (続柄)	電話番号 ()	
*現在の生活環境			
①. 医療機関入院中 (病院) ②. 施設等入所中 () ③. 自宅 ④. その他 ()			
*家族状況			
①. 独居 ②. 家族と同居 ③. その他 ()			
保証人	住所 (〒) 氏名 (続柄) 電話番号 ()		

※ショートステイは在宅サービスに含まれますので、ケアプランのコピーを提出してください。

※保証人様は、主に在宅で介護されている方を記入してください。

※緊急連絡先は、携帯電話等必ず連絡が取れる番号を記入してください。

医医療法人社団 箭本外科整形外科医院
短期入所療養介護事業所 たんぼぼ
〒400-0024 山梨県甲府市北口3-1-1
TEL 055-253-3532
FAX 055-251-0483