

短期入所生活介護 利用申込書

平成 年 月 日

小規模特別養護老人ホームのとがわ  
施設長 殿

(ふりがな)				男	明治 ・ 大正 ・ 昭和				
申込者氏名				女	年 月 日 ( 歳)				
住所		〒 ー		TEL ー ー					
滋賀県									
利用目的	本人 :			病歴					
	家族 :								
保険証関係	健康保険証	いずれかに○ ・ 後期高齢者医療 【 】							
	介護保険証	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5							
	その他	・ 身体障害者手帳 【 】 ・ 特定疾患受給者証 【 】							
		・ 福祉助成券 【 】 ・ 介護保険負担限度額認定証 【 】							
現在の状況	【 】 入院中 ( 病院名 : )			【 】 在宅で生活中 利用サービス					
	【 】 入所中 ( 施設名 : )								
身元引受人	氏 名 ( 続 柄 )		住 所		T E L				
備考									
かかりつけ医療機関	病院名				担 当 介護支援専門員	事業所名			
	担当医					担当者			

上記の者の短期入所生活介護の利用申し込みを申請いたします。

申込時必要書類（施設記入欄）

- ☐ 健康診断書（3ヶ月以内のもの）  
☐ フェイスシート  
☐ 介護保険証等の写し  
☐ ケアプラン（ショートの場合は計画が入っているもの）  
☐ 医療・看護・介護 等の情報  
☐ 退院後の場合、看護サマリ

申込申請者

連絡先 住 所

T E L

氏 名 印  
続柄 ( )