

社会福祉法人慶千会 (介護予防) 短期入所生活介護巨峰  
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

--