

# 短期入所療養介護(ショート・ステイ)サービス 利用申込書

申込日 年 月 日

ふりがな 利用者氏名		男・女	生年月日と年齢 ( )歳 明治・大正・昭和 年 月 日生
ふりがな 利用者住所	〒	Tel: Fax:	
要介護度:	要支援(1・2) ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
食費・居住費 負担限度額段階	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階		介護保険負担割合: 割
現在の状況	・在宅療養中 ・病院に入院中(病院名: ・介護施設に入所中(施設名:		公的扶助の有無 生保: ・有り ・無し
	認知症の診断	・有り ・無し	有りの場合の診断名: 有りの場合の診断年月日 年 月 日
	若年性認知症の診断	・有り ・無し	糖尿病の診断 ・有り ・無し
	栄養状態の改善の必要性	・有り ・無し	口腔機能の改善の必要性 ・有り ・無し
利用希望	ご指定があればご明記下さい。特にない場合は、何泊から何泊まで・・・等と幅を持たせていただければ幸いです。		
	利用期間の希望	・ あり 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間) ・ 特に期間の指定はないが 泊から 泊間程度の利用を希望 ・ 最初から 月のキャンセル待ちとして申込する。 泊から 泊間程度の利用を希望	
	送迎希望	・ する ( 迎え ・ 送り ・ 往復 ) ・ しない ※必ずご記入ください。	
	個室希望の有無	・ 必ず個室で希望 ・ 利用できるなら個室でも良い ・ 個室は希望しない ※必ずご記入ください。	
	リハビリ希望	・ 利用中のリハを希望する。 ・ 利用中のリハを希望しない。 ※日数によっては対応できないことがあります	
希望理由	・ できるだけ具体的にお願いします。(例:介護休暇 冠婚葬祭 旅行 集中歯科治療)		
ふりがな 相談者氏名		印	続柄 ( ) ( )歳
ふりがな 相談者住所	〒	Tel: 緊急連絡先(携帯等):	
第一連絡先	氏名	続柄 ( ) 年齢 ( )	備考
	住所	電話 自宅: 携帯:	
第二連絡先 (必ずご記入下さい)	氏名	続柄 ( ) 年齢 ( )	備考
	住所	電話 自宅: 携帯:	
指定居宅介護 支援事業者	名称	事業者番号:	
	住所	〒	
	Tel:	Fax:	
	担当ケアマネージャー		

**【お願い】**

- ・利用ご希望者が多いため、原則は 午後入所・午前退所 でご調整させていただきたく存じます。できるだけ多くの方にサービスをご利用いただくため、ご理解・ご協力の程宜しくお願い致します。
- ・利用申込書は必ず月ごとにご提出ください。
- ・お申込みは2ヶ月前の1~6日付けで受付けております。新規の方は介護保険証のコピー添付を含めた書類一式を添えてお申込み下さい。また、同じ日の申込みが重なった場合は、調整をさせていただくことがありますので、ご了承ください。
- ・なおご返答につきましては、判定会議の都合で遅れる場合もありますのでご了承下さい。
- ・受付期間以外のお申込みはキャンセル待ちとさせていただきます、ベッドをお取りできる見込みがつかしました時点で、こちらから連絡させていただきます。

医療法人社団 日成会  
 介護老人保健施設 音羽えびすの郷  
 〒112-0013 東京都文京区音羽1-22-14  
 電話：03-3941-0165  
 FAX：03-3941-0167

(2018/11改訂)