

## 短期入所生活介護(介護保険事業)利用申込書

ショートステイ 太郎と花子(Fax0587-95-0708)の短期入所生活介護を利用したいので、  
以下のとおり申し込みます。

対象者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏名	印													
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1.男 2.女			
		年	月	日											
	認定結果	要支援 1 ・ 2													
		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5													
		申請中 (申請日:平成 年 月 日)													
	認定有効期間	平成		年		月		日	から						
		平成		年		月		日	まで						
	住所	〒													
	電話番号	( )					Fax番号		( )						
利用希望日(初回)	平成		年		月		日( )	～	平成		年		月		日( )
利用希望日(第2回)	平成		年		月		日( )	～	平成		年		月		日( )
利用希望日(第3回)	平成		年		月		日( )	～	平成		年		月		日( )
居宅介護支援事業者	住所	〒													
	事業者名														
	担当者名														
	電話番号	( )					Fax番号		( )						
保証人	住所	〒													
	氏名	続柄( )													
	連絡先	日中	( )					夜間	( )						