

## 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(Fax0587-95-3002)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: 年 月 日)										
	認定有効期間	年			月			日			から	
		年			月			日			まで	
	住所	〒										
電話番号	( )					Fax番号		( )				
利用希望日(初回)	年 月 日( )			~			年 月 日( )					
利用希望日(第2回)	年 月 日( )			~			年 月 日( )					
利用希望日(第3回)	年 月 日( )			~			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	( )			