

申込者氏名: \_\_\_\_\_ 続柄( )

住 所: \_\_\_\_\_

電話 番 号: \_\_\_\_\_

### ひとりざわショートステイ利用申込書

※結果はFAXにて回答致します。(新規利用時は判定会後の回答になります)

対 象 者	被保険者番号												
	(フリガナ)												
	氏名												
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	男・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								
	介護負担限度額認定証	有 ⇒ (第 段階) ・ 無											
	住 所												
電話番号							FAX番号						
利 用 施 設	住 所												
	事業者名												
	担当者名												
	電話番号							FAX番号					
利 用 者 希 望 日	令和	年	月	日	～	年	月	日					
	令和	年	月	日	～	年	月	日					
	令和	年	月	日	～	年	月	日					
	令和	年	月	日	～	年	月	日					
送 迎	1往復 2迎えのみ 3送りのみ 4家族送迎												
	車椅子リフト対応: 要・不要						車椅子持参: 有・無						

〈 施設記入欄 〉

◎ショートステイご利用申し込みについて下記の通りお知らせいたします。

□上記日程にてご利用いただけます

□変更有⇒

受付日	受付者	結果通知日	結果連絡先	利用確定処理	その他
令和 月 日		令和 月 日	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者		