

ショートステイ ベテラン館 利用申込書

平成 年 月

ショートステイ ベテラン館 管理者 殿

申請者住所

氏名

印

利用者との続柄（

下記のとおり、ショートステイ ベテラン館を利用したく申し込みます。

フリガナ					
氏名	生年月日		M・T・S	年	月 日
現住所				性別	男 ・ 女
介護保険	認定日	認定有効期間		介護度	
保険区分	政府・組合・共済・国保・社保	保険者	本人・家族	老人受給者証	有・無
身障者手帳	有・無 () 種 () 級		傷害名 ()		
理由	本人： 家族：				
現在利用しているサービス	・ヘルパー（週 回） ・デイサービス ・通所リハビリテーション ・ショートステイ ・配食サービス ・福祉用具貸与 ・保健師訪問 ・その他（				
身元引受人			続柄	TEL	
住所				勤務先	
				TEL	
緊急時連絡者			続柄	TEL	
住所				勤務先	
				TEL	
緊急時連絡者			続柄	TEL	
住所				勤務先	
				TEL	
同居者氏名	続柄	職 業	同居者氏名	続柄	職 業
	年齢			年齢	
家計維持者（支払者）				主な介護者氏名	