

# 葛飾区内短期入所生活介護事業利用申込書

施設長あて

☆継続利用の方は前回利用時と記載事項に変更がない場合は、太線の中のみご記入下さい。

届出者	指定居宅介護支援事業者 名称 氏名		本人 家族 その他( ) TEL FAX
-----	-------------------------	--	----------------------------

区分	新規利用・継続利用	申込日	令和	年	月	日	
利用される方	ふりがな 氏名	性別	生年月日	大昭	年	月	日
	住所 〒□□□□-□□□□	男・女	電話番号	( )			
	葛飾区	丁目	番				

連絡先氏名 (続柄 ) TEL ( )

被保険者 番号		保険者名	生活保護 有 無
------------	--	------	----------

要介護状態区分 要支援 ( 1・2 )、要介護 ( 1・2・3・4・5 )  
有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

主治医氏名 医療機関名 電話番号	診断名(病名)
------------------------	---------

利用希望日	月	日( 曜日)	から	月	日( 曜日)	合計	日間
利用希望日	月	日( 曜日)	から	月	日( 曜日)	合計	日間
利用希望日	月	日( 曜日)	から	月	日( 曜日)	合計	日間
利用希望日	月	日( 曜日)	から	月	日( 曜日)	合計	日間
利用希望日	月	日( 曜日)	から	月	日( 曜日)	合計	日間

施設への情報提供		服薬等の有無	無・医師の処方箋・市販の薬
		おむつ使用の有無	有 ・ 無
		認知症状態の有無	有 ・ 無

☆ この利用申込書のほかに、短期入所生活介護サービスの提供に当たっては利用日までにサービス提供表の提出及び利用者と施設の短期入所生活介護契約書の締結が必要です。

☆ 葛飾区内の短期入所生活介護施設を初めて利用する方(新規利用)及び過去1年間高齢者ショートスティを利用していない方は、医師の診断書が必要になります。

事務処理	受付	種別	ケアプラン	備考
	FAX	一号	事業者	
	郵送	二号	自己作成	
	その他	その他	なし	