

**ショートステイ 利用申込書**

〔お 願 い〕

- ・利用申込書は月ごとにご提出ください。
- ・お申込みは2ヶ月前の1～3日付けで受付けております。新規の方は診療情報提供書、アセスメント表を添えてお申込みください。
- ・ご返答につきましては、原則毎月5日にお返しいたしますが休日の関係で遅れる事もございます。ご了承下さい。
- ・受付期間外のお申込みはキャンセル待ちになります。ベッドをお取りできる見込みがございましたら、ご連絡差し上げます。
- ・ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

申し込み日 年 月 日

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			東京保健生協 (組 ・ 非)
フリガナ		性別	生年月日	
利用者氏名		男 ・ 女	明・大・昭	年 月 日 ( )歳
フリガナ	〒		TEL: ( )	
利用者住所			FAX: ( )	
現在の状況	在宅療養中 病院に入院中 (病院名: ) 介護施設に入所中 (施設名: )		生活保護受給(有 ・ 無)	
利用希望	期間 (ご指定があれば明記下さい)	年 月 日 ~ 年 月 日		
	居室利用希望	個室 ・ 多床室(二人部屋、四人部屋) ・ どちらでも可		
	送迎希望	する (迎え ・ 送り ・ 往復) ・ しない		
	個別リハビリ希望 (240単位/回)	↓ご希望の箇所に必ず☑して下さい。 <input type="checkbox"/> できるだけ多く希望 ・ <input type="checkbox"/> ( )回まで実施可能		
※ご利用に当たっては、施設サービス実施計画書、評価を含めた個別リハビリ(240単位)をご利用期間中に最低1回は実施いたします。あらかじめご本人・ご家族とショートステイ利用中の個別リハビリ希望内容、回数をご確認ください。サービス利用限度額上の制限や、ご本人・ご家族の希望など事情のある方は事前にお申し出下さい。				
希望理由	御本人様の希望 御家族様の希望			
第一連絡先	フリガナ 氏名	利用者との関係 ( )		備考
	住所 〒	TEL:		
第二連絡先 (必ずご記入下さい)	フリガナ 氏名	利用者との関係 ( )		備考
	住所 〒	TEL:		
かかりつけ医	医療機関名:	医師名:		
	住所:	TEL:		
指定居宅介護 支援事業者	名称	事業者番号:		
	住所 〒			
	TEL:	FAX:		
	担当ケアマネジャー			