

平成 年 月 日

## 特別養護老人ホーム 藤の家 短期入所生活介護(ショートステイ)ご利用申込書

ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)	
ご利用者名					
住所	(〒 - )		電話		
介護保険 情報	要介護 状態区 分	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		認定有効期間	
				平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	被保険者番号				
家族状況	独居・高齢者世帯・家族同居( )・その他( )				
緊急 連絡先	①氏名	(続柄 )		②氏名	(続柄 )
	①住所			②住所	
	①電話	(固定) (携帯)		②電話	(固定) (携帯)
主な病歴				主治医	医療機関名
					医師名
					電話番号
					緊急時の対応
生活状況					
担当ケアマ ネジャー	事業所名			担当者名	
	電話			FAX	