品川区立上大崎特別養護老人ホーム　　申込日：平成　　年　　月　　日

ショートステイ申込書

★申込者が指定居宅介護支援事業者の場合は氏名欄に事業所名・介護支援専門員名をご記入ください。
★申込者のいずれかに○をつけてください。

申込者	指定居宅介護支援事業者 家族 その他（　　）	氏名	続柄（　　）	事業者番号	
				TEL：	
				FAX：	

★おわかりになる範囲でご記入ください

区分	新規利用　・　継続利用				
利用される方	ふりがな		性　別	男　・　女	
	氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日（　歳）	
			電話番号		
	住所	〒□□□－□□□□ 品川区　丁目　番　号	（アパート・マンション名もご記入ください）		
連絡先	氏名	続柄（　）	住所		
			電話番号		
介護保険情報	被保険者番号	□□□□□□□□□□	保険者名		負担限度額認定　有　・　無
	要介護状態区分	要支援（　1　・　2　）　要介護（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　）			
	認定日	平成　年　月　日	有効期間	平成　年　月　日～平成　年　月　日	
	負担割合	1割　・　2割			
ふりがな 主治医氏名					
医療機関名					

★利用希望日（利用をお約束するものではございません。希望が重なった場合は抽選となります。）

①	月　日（　曜日）から	月　日（　曜日）	合計	日間
②	月　日（　曜日）から	月　日（　曜日）	合計	日間
③	月　日（　曜日）から	月　日（　曜日）	合計	日間
④	月　日（　曜日）から	月　日（　曜日）	合計	日間
⑤	月　日（　曜日）から	月　日（　曜日）	合計	日間
送迎希望	往復　・　お迎えのみ　・　お帰りのみ　・　希望なし			

★申込者自由記入欄

施設使用欄

受付日　：	平成　年　月　日	備考	
受付者　：			
抽選日　：	平成　年　月　日		
抽選結果：	利用　・　キャンセル待ち		