

短期入所生活介護利用申込書

指定介護老人福祉施設「サントピア」への短期入所を希望します。

申込み年月日	年 月 日
--------	-------

入所希望者氏名	性別	男・女
フリガナ	明治・大正・昭和	
	年 月 日生 ()歳	
入所希望者住所	〒	
要介護認定申請	1.申請済 2.申請中又は未申請 (申請(予定)日 平成 年 月 日)	
介護保険証 記載事項	被保険者番号	保険者 区市町村
	要介護度区分	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
負担限度額認定証	有・無 限度額	【食費】 650円 390円 300円 【居住費】 320円 0円
医療保険	後期高齢者医療・社保・国保・共済・その他【 】	
心身障害者医療証	有・無 身障手帳(障害) 種 級	生活保護 有・無 ()区市町村
利用希望者の身体状況(回答可能な限り記入して下さい。)		
既往歴・病歴	年頃() 年頃() 年頃() 年頃()	
日常生活動作	移動 ; 自立・杖歩行・歩行器・車椅子・寝たきり 食事 ; 自立(箸が使える・スプーン使用)・一部介助・全面介助 排泄 ; 自立・一部介助・全介助、おむつ使用(終日・夜間のみ・パットのみ) 入浴 ; 自立・介助入浴・特殊浴槽 着脱衣 ; 自立・一部介助が必要・全面介助	
食事の種類	主食 ご飯・粥・ミキサー	副食 普通・刻み・ミキサー
認知症・精神症状	認知症状 有・無	【介護や見守りを要する認知症の症状】
介護上の留意事項	【介護を要する生活や身体等の状況等】	

連絡先(入所中連絡可能な連絡先には※印を付けて下さい。)

氏名	続柄	電話番号	住所
			〒
			〒
			〒

- ※ 初回のご利用時のみご提出ください。ただし生活状況が著しく変化した場合、前回のご利用から1年以上経過している場合は再提出していただく場合があります。
- ※ かかりつけ医師等の病状紹介、その他情報等がある場合は合わせてご提出ください。
- ※ 利用日及び利用可能日数については担当の介護支援専門員の方にお尋ねください。
- ※ ご記入頂いた個人情報については、サントピアにおける短期入所生活介護利用及びサービス提供に関する目的以外には使用いたしません。