

短期入所生活介護申込書

Ver.001

ふりがな		申込年月日	年 月 日		
氏名		生年月日	M/T/S	年 月 日	
住所1					
住所2					
電話番号	緊急対応()	宿泊希望日			
現況	独居 家族同居 その他()	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
介護度	自立 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				
歩行	自立 杖 歩行器 車いす 不可能				
食事入浴	自立 一部介助 全介助	備考			
排泄	自立 一部介助 全介助 おしめ等				
着脱衣	自立 一部介助 全介助				
尿意・便意	無し・有				
認知症	無し 軽度 有				
		単価(円)		回数	小計
基本宿泊料	1日の利用料 (1泊2日の場合=1×2日)	3,500	×		
食 事	朝食	350	×		
	昼食	600	×		
	夜食	600	×		
	要介護1(534単位)		×		
短期利用特定施設入居者生活介護費(1日につき)	要介護2(599単位)		×		
	要介護3(668単位)		×		
	要介護4(732単位)		×		
	要介護5(800単位)		×		
	▼その他()				
		合計			円

身元引受人

ふりがな		機能訓練株式会社 丹波ふく健康管理センター 兵庫県丹波市氷上町成松149-1 電話 0795-71-9012 FAX 0795-71-9015
氏名		
生年月日		
住所1		
住所2		
緊急対応電話		
紹介ケアマネ事務所		
紹介ケアマネジャー		

以下、注意事項

- *:1 24時間受け付けますが、十分な事ができない可能性があります。
- *:2 ▼は介護保険を使える場合があります。
- *:3 医学的管理が必要な方のお預かりできないことがあります。
- *:4 事件・事故に関して、賠償保険の範囲以外の責任は一切負いません。
- *:5 送迎はありません。
- *:6 処方されているお薬等の他、状態急変に備え健康保険証・お薬手帳・提出をお願いします。
- *:7 認知症以外でも同施設内利用者に迷惑行為が予測される場合お預かりはできません。

宿泊内容に同意しましたので、申し込みます。署名(_____)