

短期入所申込書

令和 年 月 日

※印には記入しないでください。

フリガナ				性 別
ご利用者氏名	1. 新規利用者 2. 再利用者			男 女
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中（更新・区分変更中・新規）			
介護保険負担割合	1割・2割・3割	※契約時は介護保険・負担割合・負担限度額認定証の写しをご準備下さい。		
◎負担限度額認定	（有・無）※所在の市区町村へご確認ください。			有効期間
	（第1段階・第2段階・第3段階・第4段階）			年 月 日
	★第1～3段階（低所得）の方には滞在費・食費が軽減されます。入所前にご提示下さい。			～ 年 月 日
希望のお部屋	個 室	2人部屋	多床室 (3人部屋・4人部屋)	どのタイプでもよい
希望期間	希望なし	どこでもいいので 日間()		※利用可否
	令和 年 月 日()～ 月 日()			※居 室
	令和 年 月 日()～ 月 日()			
	令和 年 月 日()～ 月 日()			
特記事項				
送迎希望	1. 希望しない 2. 希望する（迎え・送り） { 市 区 ・車椅子（有 無） ※ご希望いただきましたもご利用いただけない場合がございますので、ご了承ください。			
居宅介護支援事業所			担 当 ケアマネジャー	
事業所住所			TEL	
			FAX	

申込先	短期入所生活介護カノン調布		(1374202966)
	〒182-0036 東京都調布市飛田給1-35-14		担当者：伊藤・村上
	Tel 042-442-4181 / Fax 042-442-4180		

処理印	受領印