

# プレミア扇 ショートステイ 利用申込書

支援事業者情報	事業所番号						
	事業所名			担当者名			
	電話番号			FAX			
利用者情報	ふりがな			性別	M ・ T ・ S		
	氏名			生年月日	年 月 日 歳		
	住所	〒 -		電話番号	- -		
	介護保険情報	被保険者番号			保険者		
		介護度	要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5		申請中		
		有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
認定日		年 月 日					
介護保険負担割合証		1割 ・ 2割 ・ 3割					
介護保険負担限度額認定証	2段階	3段階	4段階	未申請	生活保護 無 ・ 有		
医療・緊急連絡先	病名						
	医療機関名			特別な医療行為	無 ・ 有		
	主治医名			バルーン・吸引・経管栄養			
	認知症自立度	I	IIa	IIb	IIIa	IV	M
	周辺症状			酸素吸入・インスリン・褥瘡処置			
	連絡者氏名			続柄			
利用希望日	①	年 月 日 ~ 年 月 日	送迎	無 (家族送迎)			
				有 (往復・行のみ・帰のみ)			
	②	年 月 日 ~ 年 月 日	送迎	無 (家族送迎)			
				有 (往復・行のみ・帰のみ)			
	③	年 月 日 ~ 年 月 日	送迎	無 (家族送迎)			
				有 (往復・行のみ・帰のみ)			
備考	~介護支援専門員からプレミア扇へ伝えたい事~						

送付先: プレミア扇 (足立区扇1-3-5)

FAX: 03-3890-5551

TEL: 03-3890-3333

施設返信欄	
-------	--