

# 短期入所申込書

(介護予防)

特別養護老人ホームみの 施設長殿

施設長	副施設長

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

入 所 者 名	ふりがな				性 別	男	生年月日			
	氏名					女	大・昭 年 月 日 ( 歳 )			
	住所	〒 — (TEL )								
要介護度		負担割合		割	負担限度額		1・2・3・4			
居宅支援事業所名					担当ケアマネ					
かかりつけの 医療機関		病院・医院 主治医：				TEL				

申 込 者	住所	〒 — (TEL ) (携 帯 )			入 所 者 と の 続 柄					
	ふりがな									
	氏名									

緊 急 時 連 絡 先	住所	〒 — (TEL ) (携 帯 )			入 所 者 と の 続 柄					
	ふりがな									
	氏名									
	住所	〒 — (TEL ) (携 帯 )								
	ふりがな									
	氏名									

※ 施設記入欄

備 考
-----

入 所 日	令和 年 月 日 ( 時 分 )	居室名	
-------	------------------	-----	--