

介護老人福祉施設 ヴィラ神奈川 ショートステイ申込用紙 兼 緊急連絡先

申込日 平成 年 月 日

ご利用者氏名	様						
ご利用期間	年 月 日から	施設送迎	有・無	時間	自宅着		
	年 月 日まで	施設送迎	有・無	時間	自宅着		
泊 日							
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	歳	性別	男性・女性
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						
認知高齢自立度	正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M						
ご本人住所	〒						
電話	()						
介護保険証番号							
介護保険負担限度額	第1段階		第2段階		第3段階		第4段階
介護負担割合	1割			2割			
特記事項							
連絡先1 ご家族氏名							続柄 ()
請求書送付先 ご家族住所	〒						
ご自宅電話	()						
携帯電話	()						
居宅介護支援事業所名							事業所番号 ()
ご住所							
担当ケアマネ様							
電話	()						
FAX	()						



TEL 045-471-1300
FAX 045-476-5767
までご送信下さい

施設記入欄	
受付年月日	年 月 日
受付者名	
備考	ご案内いたします。
	ご検討します。