施 設 短 期 入 所 申 込 書

介護老人保健施設　リバティ博愛　　令和　　年　　月　　日
施設長　　小林　隆弘　殿

申込者住所　　住所

氏名　　印

続柄

☎（携帯）

受付日　令和　年　月　日　＊相談者氏名																
入所希望者	フリガナ		男・女	生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日　歳											
	氏　名															
	住　所	〒　☎														
	保険者名		被保険者番号													
	要介護度		認定年月日	平成・令和　年　月　日												
	有効期間	平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日														
	介護保険負担限度額認定証の有無	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4（無）														
	介護保険負担割合	1割 ・ 2割														

かかりつけ医氏名		電話番号	
担当介護支援専門員氏名		電話番号	

動機等	① 短期入所希望の動機
現在の状況	① 自宅の生活で主な介護者は誰ですか？（　　続柄　　） ② 病院受診等について　・受診していない ・受診している（ 入院中 ・ 通院 ・ 往診 ） 病院（医院）名　（ 診療科目　（ 入院期間　（令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 ） ③ 施設入所中　（施設名 ④ その他　（

世帯構成状況	氏　名	続柄	年齢	性別	職業	健康状態	備　考

緊急連絡先				
	フリガナ		続柄	住　所　〒
	①氏　名			
	夜間の連絡先等（自宅）　（携帯番号）			
	フリガナ		続柄	住　所　〒
	②氏　名			
	夜間の連絡先等（自宅）　（携帯番号）			