

申請日： 年 月 日

太陽の家相模原清菊園 TEL：042-711-6166

FAX：042-711-6167

対象者	被保険者番号			
	利用者氏名	(フリガナ)		
	住所	〒		
	電話番号		介護保険 負担割合	
	生年月日	年 月 日	年齢：	性別：
	要介護度	要介護： 1・2・3・4・5 要支援 1・2 申請中		
	認定有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日		
ショートステイご利用時、本入居空きベッド利用 可 ・ 不可				
①利用希望期間	入所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
	退所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
②利用希望期間	入所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
	退所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
③利用希望期間	入所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
	退所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
④利用希望期間	入所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
	退所	年 月 日 () 午前・午後 時		
		家族送迎 ・ 施設送迎 ・ その他		
居宅介護支援事業所	事業所名			
	担当者			
	住所	〒		
電話番号	TEL	FAX		
その他	緊急連絡先		公費	
	①	様 TEL	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証	

連絡事項

②	様 TEL	<input type="checkbox"/> 生活保護
③	様 TEL	<input type="checkbox"/> 社福減免