

利用者 → 災害時ショートステイサービス → 神戸市(FAX:078-322-6047)
提供事業所

整理番号

災害時ショートステイサービス利用届出書

災害時ショートステイサービスの利用に関して、次のとおり届出します。なお、
利用にあたっては介護保険法令、神戸市例規及び実施事業所の規程を遵守します。

_____年 _____月 _____日

※太枠のみご記入下さい

フリガナ 申請者(本人)氏名	(男・女)	介護保険被保険者番号
住所(居所)	神戸市 _____区 _____町・通 _____丁目	
生年月日	_____年 _____月 _____日 (_____歳)	
緊急時の連絡先	電話 (_____)	
利用理由	1. 主たる介護者の入院 2. 社会生活上、介護を継続することを一時的に中断せざるを得ない	
1の場合/入院(見込)期間※	_____年 _____月 _____日() ~ _____年 _____月 _____日()まで ※ 診断書等、入院(見込)期間がわかる医師の証明書を添付してください。	
2の場合/具体的理由	※できるだけ具体的にご記入ください。	
利用予定期間	_____年 _____月 _____日() ~ _____年 _____月 _____日()まで のうち(_____)日間	
サービス提供事業所名		
利用上の特記事項		

※ 恐れ入りますが、コピーしてご利用ください。

申請代行する事業所名		
電話	担当者名	