

神奈川県メディカルショートステイ利用申込書（1）

年 月 日

（申込先）

神奈川県知事

次のとおり、メディカルショートステイの利用を申込みます。

〒 _____
（申請者住所）

（電話番号） _____

（申請者氏名） （利用者との続柄）

〒 _____
（利用者住所）

（利用者氏名） （性別）

（生年月日）
（年齢） 昭和・平成・令和 年 月 日生 歳

（申請事由）
 保護者又は家族の休養
 保護者又は家族の冠婚葬祭
 きょうだい児の行事
 保護者又は家族の疾病、事故
 その他（ _____ ）

（希望入院期間） _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日まで

日間

神奈川県メディカルショートステイ利用申込書（2）

（利用中の緊急連絡先）

（1）氏名	利用者との 続柄	電話 番号
_____	_____	_____
（2）氏名	利用者との 続柄	電話 番号
_____	_____	_____
（3）氏名	利用者との 続柄	電話 番号
_____	_____	_____

（入退院時の同行者）

氏名	利用者との 続柄	移動 手段
_____	_____	_____

（直近で利用した短期入所などの施設）

（1）施設名	利用日
_____	_____
（2）施設名	利用日
_____	_____
（3）施設名	利用日
_____	_____

（利用中の訪問看護）

（1）施設名	利用日
_____	_____
（2）施設名	利用日
_____	_____
（3）施設名	利用日
_____	_____

（リハビリ希望）

有 無

※ リハビリは病院が対応できる場合に限りです。