

利用者 → 緊急ショートステイサービス提供事業所 → 神戸市

## 緊急ショートステイサービス利用認定申請書

神戸市長 あて

年 月 日

緊急ショートステイサービスに関する利用認定を申請します。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。

※申請者は太枠の部分にご記入ください

申請者	氏名	生年月日	年	月	日				
	住所	神戸市	区	電話 ( )					
	介護保険被保険者番号								

えがおの窓口(ケアマネージャー名)	電話 ( )
-------------------	--------

申請代行する実施事業所名	
電話 ( )	担当者名

※恐れ入りますが、コピーしてご利用ください。