

お持ちいただく物（ショートステイ用）

書類	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証（アヴニールデイケアご利用中の方は不要） <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証（お持ちの方 ※該当するか不明の方は市役所介護保険課へお問い合わせください） <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 利用料口座振替依頼書（初めて利用する方） <input type="checkbox"/> タオルレンタル利用申込書・口座振替依頼書 （初めて利用する方、又は1年以上アヴニールショートステイ利用歴の無い方） <input type="checkbox"/> お薬情報のわかるもの（薬手帳等）
衣類等	<input type="checkbox"/> 下着・靴下・上着・ズボン（利用日数分） ※業者洗濯ご希望の方は2～3セット追加してください（火・金集配です） <input type="checkbox"/> 室内靴（スリッパ不可） <input type="checkbox"/> 部屋着（寝るときにきる服） <input type="checkbox"/> ミニタオル <input type="checkbox"/> 置時計（必要な方のみ。部屋に時計はございません） <input type="checkbox"/> 洗濯物入れ袋（スーパーの袋・布袋等）※ご家族洗濯の方のみ
洗面用具等	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ（柔らかめ）・歯磨き粉 <input type="checkbox"/> 電気カミソリ（男性のみ） <input type="checkbox"/> ボックスティッシュ <input type="checkbox"/> コップ（プラスチック製） <input type="checkbox"/> 入れ歯洗浄剤・入れ歯入れ（蓋付き） <input type="checkbox"/> 服薬中の薬（日数分） <input type="checkbox"/> 眼鏡・補聴器（使用されている方のみ）



《注意事項》

- お持ちいただく物すべてに油性ペンで名前はフルネームで分かり易い所にハッキリと書いてください。（黒っぽい物には白糸や布を付ける等、目立つようにお願いします）
- 寝食分離を行い、生活リハビリを行いますので、動きやすい衣類をご用意ください
- 金銭などの貴重品はお預かりできませんので、ご承知ください
- 服薬中の薬はショートステイの利用日数分をお持ちください
施設で処方することはできません**

ご不明な点は相談員までお問い合わせ下さい。

介護老人保健施設アヴニール

電話：04-2934-6910



令和4年3月10日作成