

ショートステイ申込用紙

受付日： 年 月 日

居宅介護支援事業所	介護支援専門員	TEL:	
		FAX:	

フリガナ		介護度	
利用者名	男・女		年 月 日生
住 所		連絡先	

【 短期入所サービス事業 】

※入所時間は午後 退所時間は午前

①居室希望

(個室希望 ・ 多床室希望 ・ どちらでもよい)

②利用期間

第1希望 (~)

第2希望 (~)

*日程の前後 (可 ・ 不可)

③送 迎

(施設送迎 ・ 自車送迎 ・ 他)

④留意事項

介護保険保険者 ()

申請時現在の区分変更申請 (あり ・ なし)

※医療処置の必要な方は、ご利用できません

※初回申請には「状況確認表」を添付願います

【事業所様ご返信欄】

年 月 日

様の

月 日～ 日のご利用について

予約が (できました ・ できませんでした) のでお知らせいたします。

ご不明な点は担当者にお問い合わせください

事業所名		TEL	
ご担当者様		FAX	