

ショートステイ ところの苑 利用申込書

特別養護老人ホーム ところの苑 施設長 様

次のとおり利用を希望します。

申込年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

		要介護度			
利用申込者	フリガナ				
	氏名	男・女	被保険者番号		
	住所	〒	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

身元保証人	フリガナ			本人との関係		
	氏名					
	住所	〒	連絡先	①		
				②		

結果・備考

希望内容	平成	年	月	日	()	～	平成	年	月	日	()	日間	
	平成	年	月	日	()	～	平成	年	月	日	()	日間	
	平成	年	月	日	()	～	平成	年	月	日	()	日間	
	平成	年	月	日	()	～	平成	年	月	日	()	日間	
	平成	年	月	日	()	～	平成	年	月	日	()	日間	
	送迎	往復 ・ 来所時 ・ 帰宅時 ・ 無											

※ 施設送迎ご希望の場合は、時間を指定させていただきますのでご了承ください。

希望理由			
------	--	--	--

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター			
担当者		連絡先	

受領致しました。

ショートステイ申込を上記の日程通りお受けいたします。

ショートステイ申込を上記の日程通りお受けできませんでした。

--	--	--	--