

ショートステイ みなみの苑 利用申込書

特別養護老人ホーム みなみの苑 相談員宛

次のとおり利用を希望します。

申込年月日	令和	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											
	氏名	本人との関係										
	住所	〒	連絡先	① ②								

結果・備考

希望内容	令和	年	月	日	()	～	令和	年	月	日	()	日間	
	令和	年	月	日	()	～	令和	年	月	日	()	日間	
	令和	年	月	日	()	～	令和	年	月	日	()	日間	
	令和	年	月	日	()	～	令和	年	月	日	()	日間	
	令和	年	月	日	()	～	令和	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。

※ 日曜日・年末年始のみご家族送迎になります。

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。

--