

# 特別養護老人ホームこゆるぎ喜楽園 ショートステイ利用申込書

☆太線の中のみご記入下さい。

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申込先	特別養護老人ホームこゆるぎ喜楽園 担当者行
電話番号	0463-60-3901
FAX番号	0463-61-6519

＜ お 願 い ＞

※申し込みの受付は3ヶ月前の1日からです。調整結果は、翌日以降3日以内に本書を返信させていただきます。

※電話での仮申し込みをした場合も確認のため本用紙での申し込みをお願いします。

※日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）は、送迎を行っておりません。

申込者	居宅介護支援事業所	
	担当者	
	電話番号	
	FAX番号	

下記の方の短期入所の利用予約を申し込みます。※2回目以降の申込は利用者氏名及び利用期間のみ記載

ふりがな				性別	年齢	本人確認のため					
利用者氏名				□男 □女	歳	介護保険被保険者証 下4ケタ					
要介護度	□ 要支援1	□ 要支援2	□ 要介護1	□ 要介護2	□ 要介護3	□ 要介護4	□ 要介護5				
負担段階	□ 第1段階	□ 第2段階	□ 第3段階	□ 第4段階							
負担割合	□ 1割	□ 2割	□ 3割	※該当する項目にチェックまたは□→■							
利用期間	利用開始日				利用終了日						
	①	月	日	曜日	～	月	日	曜日			
		食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）				食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）					
	②	月	日	曜日	～	月	日	曜日			
		食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）				食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）					
	③	月	日	曜日	～	月	日	曜日			
		食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）				食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）					
	④	月	日	曜日	～	月	日	曜日			
		食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）				食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）					
	⑤	月	日	曜日	～	月	日	曜日			
食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）				食事（□朝 □昼 □夕）送迎（□施設 □家族）							

備考					よろしく申し上げます。							
	□ 上記の予約すべて受付いたしました。				返信日				令和	年	月	日
	□ 上記の予約のうち下記の予約はキャンセル待ちです。				担当者							
				□ ①	□ ②	□ ③	□ ④	□ ⑤				