

ショートステイ利用申込書

新規

再

申込日 令和 年 月 日 ()

支援事業所名	
担当者名	
TEL	
FAX	

施設名	短期入所生活介護 豊厚園
担当者名	佐藤 協 ・ 中島 巧
TEL	0145-27-3246
FAX	0145-27-3760

●申込みの流れ

- ①この用紙に必要事項を記入の上、豊厚園へFAXでお申込み下さい。
※空き状況の確認、キャンセル、緊急時の対応等は電話での問い合わせが可能です。申込みはFAXをお願いします。
- ②受付開始日は申込み日より**2ヶ月前月の1日 午前9:00**～とさせていただきます。
(例) 4月利用の場合、2月1日 午前 9:00 ～ 受付開始。
- ③日程調整のうえ、申込み日から7日以内にFAXで回答をさせていただきます。
※新規利用の方は身体状況等の情報収集、契約等を終えてからの利用開始となります。

利用者情報	フリガナ氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日
	要介護	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	家族状況	同居 ・ 独居 ・ その他
	住所			
	緊急連絡先①		緊急連絡先②	
	申込理由	介護者の(休養・病気・冠婚葬祭)・本人の希望・その他(

利用希望日	利用希望①	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	【泊 日】		
	送迎希望	有・無	送迎時間帯	【迎え】 : 発	【送り】 : 着
	利用希望②	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	【泊 日】		
	送迎希望	有・無	送迎時間帯	【迎え】 : 発	【送り】 : 着
	利用希望③	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	【泊 日】		
	送迎希望	有・無	送迎時間帯	【迎え】 : 発	【送り】 : 着
	利用希望④	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	【泊 日】		
	送迎希望	有・無	送迎時間帯	【迎え】 : 発	【送り】 : 着

- 土・日・祝日は送迎対応が困難なため、原則ご家族対応とさせていただきます。あらかじめご了承ください。
- サービス提供の必要性や緊急性が高いケースを優先的に利用して頂く場合がございます。
- 希望通りの日程にサービスの提供が困難で、代替の利用を希望する方は担当者までご相談下さい。
- 新規で利用を希望される方は、事前に面談や情報提供等を行って頂く必要があります。

利用の可否

利用希望①	可・否	送迎	可・否	備考	
利用希望②	可・否	送迎	可・否	備考	
利用希望③	可・否	送迎	可・否	備考	
利用希望④	可・否	送迎	可・否	備考	