

ショートステイ 予約受付票

毎月1日～3日までに2か月先の希望日程を受け付けます。

日程の決定は、5日までにFAXにてお知らせします。

上記期間以外での予約のご相談はTELにて直接担当までご連絡下さい。

(ご利用者名)

様

1回目	/ () ~ / ()
2回目	/ () ~ / ()
3回目	/ () ~ / ()
4回目	/ () ~ / ()
その他	どこでも () 日間希望

居宅介護支援事業所名	
担当ケアマネージャー	
電話番号	
FAX番号	

～以下の欄は日程決定のお知らせの為、使用致します～

令和 年 月 日

様の 月分のショートステイご利用日程をお知らせします。

1回目	/ () ~ / ()
2回目	/ () ~ / ()
3回目	/ () ~ / ()
4回目	/ () ~ / ()

*新規利用の方に関しましては、事前に訪問調査にて面接をさせていただきます。

*新規の方はADL等のわかる書類、介護保険証・介護保険負担割合証

介護保険負担限度額認定証の写しをお送りください。

提供票は利用前月末までをお願いします。

FAX：042-423-8844

問い合わせ先：042-423-5002

保谷苑 短期入所生活介護 担当 谷内