偕生園使用欄

２Ｆ ・ ３Ｆ
多 ・ 個

習志野偕生園ショートステイサービス
短期入所生活介護利用依頼書

令和　　年　　月　　日

〈ご担当者〉所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：（　　）　　／FAX：（　　）

利用者	フリガナ		要支援 ・ 要介護〔　〕
	氏　名	男・女	T・S　年　月　日生（　歳）
	住　所	☎　（　）	
	居　室	□希望なし　□多床室希望　□個室希望　□個室（医師が判断したもの）	
	備　考	□負担割合証　（ 1割・2割・3割 ）　□負担限度額認定（　段階） □社会福祉法人による軽減　□生活保護　□被爆者手帳	

介護者	氏　名	利用者との続柄〈　〉	
	住　所	☎　（　）	
緊急時の連絡先	氏　名	利用者との続柄〈　〉	
	電　話	自　宅：（　）	携　帯：（　） 勤務先：（　）

1	令和　年　月　日（　）から 令和　年　月　日（　）まで	（　）日間	〈迎〉家族 ・ 施設　：　頃 〈送〉家族 ・ 施設　：　頃
2	令和　年　月　日（　）から 令和　年　月　日（　）まで	（　）日間	〈迎〉家族 ・ 施設　：　頃 〈送〉家族 ・ 施設　：　頃
3	令和　年　月　日（　）から 令和　年　月　日（　）まで	（　）日間	〈迎〉家族 ・ 施設　：　頃 〈送〉家族 ・ 施設　：　頃
4	令和　年　月　日（　）から 令和　年　月　日（　）まで	（　）日間	〈迎〉家族 ・ 施設　：　頃 〈送〉家族 ・ 施設　：　頃

利用の理由：□介護疲れ　□外出または旅行(期間：　／　～　／　)　□その他(　　)

〔備考〕