



# 笑顔いっぱい ショートステイ利用依頼票



いつも大変お世話になっております。

ショートステイご予約の際は、利用依頼票に記入いただき、FAXでお送りいただけますようお願いいたします。

依頼票到着後に、お返事いたします。 ※利用月の二ヶ月前の1日よりご予約いただけます。

尚、予約変更が生じた場合も再度、この用紙にてFAXをお送り願います。

<input type="checkbox"/> 依頼日	令和			年	月	日						
<input type="checkbox"/> 変更依頼日												
居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー：  様											
	TEL：			FAX：								
ご利用者氏名	様											
要介護区分	要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											
介護負担額認定	4段階 ・ 3段階 ・ 2段階 ・ 1段階											
利用希望日				部屋希望	施設送迎希望							
①	H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	準個室 個室	なし	あり 往復 ・ 迎えのみ ・ 送りのみ
②	H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	準個室 個室	なし	あり 往復 ・ 迎えのみ ・ 送りのみ
③	H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	準個室 個室	なし	あり 往復 ・ 迎えのみ ・ 送りのみ
④	H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	準個室 個室	なし	あり 往復 ・ 迎えのみ ・ 送りのみ
⑤	H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	準個室 個室	なし	あり 往復 ・ 迎えのみ ・ 送りのみ
.....												
.....												

施設返答欄									
H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	
H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	
H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	
H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	
H	年	/	( )	～	/	( )	泊	日	
以上、ご予約承りました。今後ともよろしくお願ひ申し上げます。									

笑顔いっぱいショートステイ

TEL 048-555-3579 FAX 048-555-3588

担当者 \_\_\_\_\_