



( 新規 ・ 再利用 )

申込日 年 月 日

ふりがな		男・女	介護度	要支援・要介護	生活保護	介護負担限度 額認定証
利用者	様			1・2・3 4・5		
生年月日	T・S 年 月 日	年齢	歳	住所		
緊急時の病院	名称 TEL ( )	医療行為	※該当するものに○ 胃ろう・インスリン・痰吸引 ストマ・バルン・透析・在宅酸素・ペースメーカー ※上記以外は特記に記入			
ふりがな		続柄	TEL	日中	( )	
ご家族名	様		TEL	夜間	( )	

利用希望日	① H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	おたけ送迎・家族送迎
	② H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	おたけ送迎・家族送迎
	③ H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	おたけ送迎・家族送迎
	④ H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	おたけ送迎・家族送迎
	⑤ H 年 月 日 時 ~ H 年 月 日 時	おたけ送迎・家族送迎
*送迎時間は、随時ご相談させていただきます		
特記事項 (注意点)		
前回の 利用時と 変わった事		
事業所名	TEL	( )
担当 介護支援専門員	FAX	( )

備考

確認させていただきました

TEL 03-3894-0310  
FAX 03-3894-0317

おたけの郷 ショートステイ

返信者

確認日	/	確認者	
-----	---	-----	--