

第二偕楽園ホーム ショートステイ 利用申込書

申込日：令和 年 月 日

ご利用者様	フリガナ			負担限度	有・無	段階		
	氏名		男・女	額認定証		1・2・3-①・3-②		
	介護度	(要支援) 1・2		介護保険負担割合	1割・2割・3割			
		(要介護) 1・2・3・4・5		区変中	有・無	年月日現在		
		車椅子	必要・不要()	支払方法	引落	振込	現金	
	食形態	(主食) 常食・全粥・軟飯・ペースト粥						
		(副食) 常菜・大きざみ・細きざみ・ペースト食						
	療養食	糖尿食・腎臓食(減塩)		服薬状況	朝 昼 夕 就寝時 他			
	アレルギー	あり()・なし						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)						
住所	〒							
TEL			FAX					
注意事項								

ご利用希望日程	送迎希望	車椅子(要・不要)
① 年 月 日() ~ 年 月 日() / (泊日)	有・無	(迎え時間) :
	有・無	(送り時間) :
② 年 月 日() ~ 年 月 日() / (泊日)	有・無	(迎え時間) :
	有・無	(送り時間) :
③ 年 月 日() ~ 年 月 日() / (泊日)	有・無	(迎え時間) :
	有・無	(送り時間) :
④ 年 月 日() ~ 年 月 日() / (泊日)	有・無	(迎え時間) :
	有・無	(送り時間) :
⑤ 年 月 日() ~ 年 月 日() / (泊日)	有・無	(迎え時間) :
	有・無	(送り時間) :

緊急連絡先	氏名	(続柄)	
	住所	〒	
	TEL	(自宅)	(携帯)
請求書送付先	氏名	(続柄)	
	住所	〒	
	TEL	(自宅)	(携帯)

担当 介護支援専門員 情報	事業所名			
	氏名			
	TEL		FAX	

【予約結果のお知らせ】

社会福祉法人 一誠会

〒192-0004

地域密着型
特別養護老人ホーム

第二偕楽園ホーム

東京都八王子市加住町1丁目18番地

(TEL)042-691-0913

担当:

(FAX)042-691-1870

後藤 田中

D-52-01-04 5版

