

ソレアード久喜 ショートステイセンター

利用依頼票 (FAX 0480-29-1791)

いつもお世話になりまして、誠にありがとうございます。

ショートステイをご予約の際は、利用依頼票（太枠内）にご記入頂きFAXにてご連絡いただけますようお願い申し上げます。

利用依頼票到着後に、ご予約内容についてのお返事をさせていただきます。

*利用月の3ヶ月前の1日よりご予約いただけます。

依頼日	西暦	年	月	日			
居宅介護支援事業所	事業所名	:			_____		
	ご担当者様お名前	:			_____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		
負担割合	(1 ・ 2 ・ 3) 割負担						
負担限度額認定	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) 段階						
利用希望日				施設送迎の有無			
①	年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り
②	年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り
③	年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り
④	年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り
⑤	年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り
備考欄（既往歴）（ADL）（特記事項）（薬情）etc							

<u>*日曜日の送迎については、ご家族様での対応をお願い申し上げます。</u>							

施設返答欄						施設送迎の有無	
年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り	
年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り	
年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り	
年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り	
年	/	() ~ / ()	泊	日	無・有	往復・迎え・送り	
以上、ご予約承りました。今後ともよろしくようお願い申し上げます。							

ソレアード久喜 ショートステイセンター TEL0480-29-1722 FAX0480-29-1791

担当者 : 大堀・前田