

ソレアド戸田 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、ご利用依頼票にご記入いただき、FAXにてお送りくださるようお願いいたします。

依頼票到着後に、ご返事を FAX いたします。

尚、利用月の2ヶ月前の1日よりご予約いただけます。

依 頼 日	令和 年 月 日
居宅介護支援事業所	様
	担当ケアマネージャー :
	Tel : FAX :
ご利用者様	様
要 介 護 区 分	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5
負 担 割 合	1割 2割 3割
介護負担限度額認定	4段階 3段階 2段階 1段階

利用希望日	施設送迎	
① 令和 年 / () ~ / ()	有・無	往復・迎え・送り
② 令和 年 / () ~ / ()	有・無	往復・迎え・送り
③ 令和 年 / () ~ / ()	有・無	往復・迎え・送り
④ 令和 年 / () ~ / ()	有・無	往復・迎え・送り
⑤ 令和 年 / () ~ / ()	有・無	往復・迎え・送り
⑥ 令和 年 / () ~ / ()	泊 日	

施設返答欄		
① 令和 年 / () ~ / ()	泊 日	
② 令和 年 / () ~ / ()	泊 日	
③ 令和 年 / () ~ / ()	泊 日	
④ 令和 年 / () ~ / ()	泊 日	
⑤ 令和 年 / () ~ / ()	泊 日	
⑥ 令和 年 / () ~ / ()	泊 日	
以上ご予約承りました。今後ともよろしくお願いたします。		

ソレアド戸田 ショートステイ

TEL 048-449-4807 fax:048-449-4806

担当者 小泉 岸

