

金井原苑 ショートステイ利用申込書

ショートステイ担当：伊知地

電話 044-986-1560

FAX 044-986-4654

*上記番号のみでの受付となります

| |
|--------------|
| 事業者名： |
| ご担当者： |
| TEL： () () |
| FAX： () () |

介護保険事業者番号 1475600043

サービス内容 併設短期生活 II O (介護度) 単位
 短期生活夜勤職員配置加算 I / III 13/15 単位
 短期入所生活介護送迎加算 184 単位
 短期生活サービス提供体制加算 I 1 22 単位
 短期入所生活処遇改善加算 I
 短期入所生活特定処遇改善加算 I
 介護職員等ベースアップ等支援加算

日曜の送迎はありません (家族送迎であれば利用可能)

★ご利用希望月の2か月前月初より申し込み開始、15日頃に予約結果を返信致します ※先着順ではありません

★新規ご利用希望につきましては電話にてお問合せ頂いた後にご送付願います

| ご利用者 () 様 | 送迎車の希望 | 備考 |
|-----------------|--------|----|
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |

金井原苑 返信欄

下記の日程で、ご予約をお取り致しました。ご確認宜しくお願い致します。

| | | |
|-----------------|-----|--|
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |

キャンセル待ちとなる日程 ※キャンセルの発生に伴い、予約が取れる場合のみ、お電話致します

| | | |
|-----------------|-----|--|
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |
| 年 月 日() ~ 日() | 迎 送 | |

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。お申し込みお待ちしております。