

清心苑 短期入所生活介護施設 申込書

申込日 平成 年 月 日

利用者	住所	TEL () -			
	フリガナ		男	生年月日	大正 ・ 昭和
	氏名		女	年 月 日生 歳	
申請者	住所	TEL () - 携帯 - -			
	フリガナ		男		
			女		
申込理由	<hr/>				
利用開始日(希望日)	平成 年 月 日				
利用期間 (予定)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
送迎	希望する ・ しない (片道 ・ 往復)			一般座席 ・ 車椅子使用	
要介護度	未認定・申請中・再申請中 要支援 ・ 要介護度1 ・ 要介護度2 ・ 要介護度3 ・ 要介護度4 ・ 要介護度5				
居宅介護支援事業所					
担当ケアマネ				電話	

郵送またはFAXでお申込み下さい

■お申込FAX番号 0584-93-0585

清心苑 ショートステイ

TEL 0584-93-0611

担当 原田