

ひかりの郷 ショートステイ申込書

平成 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	明治 大正 昭和	/	/	(歳)
ご利用者氏名						
住所		TEL				

* 初めてのご利用以外の方は、お名前だけの記入で構いません。

ご利用期間	送迎希望	備考
①平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
②平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
③平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
④平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
連絡事項		

居宅介護 支援事業所		介護支援 専門員名	
TEL		FAX	

ひかりの郷ショートステイ 返信 (担当)

TEL 047-440-4165 FAX 047-440-4011

ご利用期間	送迎	備考
①平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
②平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
③平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
④平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	有 無	
連絡事項		

短期入所生活介護利用申込書

特別養護老人ホーム ひかりの郷

〒274-0806船橋市二和西6-3-20

TEL 047-440-4165

FAX 047-440-4011

フリガナ				申し込み日	平成	年	月	日
利用者氏名	様	生年月日	明治・大正・昭和					
			年 月 日 (歳)					
性別	男・女							
住所	〒							
	電話							
介護度	要介護 1・2・3・4・5 申請中 (平成 年 月 日)							
要介護認定期間	平成	年	月	日から	被保険者番号			
	平成	年	月	日まで		認定年月日	平成	年
健康保険種別				生活保護	有・無			
老人医療番号				身障手帳	有(種 級)・無			
介護者氏名	様(男・女)			続柄				
住所	〒							
	電話							
勤務先				電話または携帯				
家族状況								
氏名	続柄	年齢	連絡先(住所・電話または携帯)					
利用希望	日間							
	施設利用時の送迎の希望 有・無							
利用期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月 日
利用を希望する理由								
居宅介護支援事業者名								
事業所番号								
担当ケアマネジャー								
住所								
電話及びFAX								
受付日	平成	年	月	日	受付NO		受付者	