年　　月　　日

ライフホーム城山

短期入所生活介護　担当者行

介護支援事業所

担当ケアマネジャー

短期入所生活介護　利用申込書

標記の件につきまして、次のとおり申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者氏名 | 居　室 | 入所予定日 | 退所予定日 |
| 月／日 | 送迎 | 食事開始 | 月／日 | 送迎 | 食事終了 |
| ① |  | □多床室□個　室□どちらでも |  |  | 　食から |  |  | 食まで |
| ② |  | □多床室□個　室□どちらでも |  |  | 食から |  |  | 食まで |
| ③ |  | □多床室□個　室□どちらでも |  |  | 食から |  |  | 食まで |
| ④ |  | □多床室□個　室□どちらでも |  |  | 食から |  |  | 食まで |
| ⑤ |  | □多床室□個　室□どちらでも |  |  | 食から |  |  | 食まで |
| ⑥ |  | □多床室□個　室□どちらでも |  |  | 食から |  |  | 食まで |

開始及び終了の欄は、朝・昼・夕を記入してください

☑を記入してください

■利用前日の正午までにキャンセルの連絡がない場合は、次回の利用時にキャンセル料と

して700円が加算されます。

■連絡事項（利用者の体調の変化等があればご記入ください。