

ショートステイ（短期療養介護） 予約申込書

申込日 令和 年 月 日

介護老人保健施設 山県グリーンポート
担当：支援相談員 安藤 伴田 國枝
TEL : 0581-36-2800
FAX : 0581-36-2122

居宅事業所名
担当ケアマネジャー 様
TEL () -
FAX () -

利用者名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
住所	電話() -				
利用希望日	開始日	送迎	終了日	送迎	
	①	月 日 ()	施設・家族 ~	月 日 ()	施設・家族
	②	月 日 ()	施設・家族 ~	月 日 ()	施設・家族
	③	月 日 ()	施設・家族 ~	月 日 ()	施設・家族
	④	月 日 ()	施設・家族 ~	月 日 ()	施設・家族
希望部屋	多床室（2人部屋） ・ 従来型個室 ・ どちらでも可				
利用目的					
最近の様子					

- ※ 利用のお部屋によって、施設サービス費の単位が異なりますのでご注意ください。
- ※ 原則、土・日・祝日の施設送迎は行っておりませんので、ご了承ください。
- ※ 利用前に日時等の変更がございましたら、早目にご連絡いただきますようお願いいたします。
- ※ 予約状況によってご希望利用日の変更をお願いすることがございます。
- ※ ショートステイのご予約は、ご希望利用月の2ヵ月前より受付いたします。
- ※ 空室状況によっては、希望のお部屋以外での対応になることがございます。その際は事前にケアマネージャー様とご家族様に、ご連絡させていただきます。

ショートステイ（短期療養介護） 予約回答書

回答日 令和 年 月 日

予約の回答	利用決定日	①	月 日 ()	~	月 日 ()	多床室・個室
		②	月 日 ()	~	月 日 ()	多床室・個室
		③	月 日 ()	~	月 日 ()	多床室・個室
		④	月 日 ()	~	月 日 ()	多床室・個室
	その他連絡事項					

支援相談員 : 安藤 國枝 伴田