

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 宛 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
居室	基本は従来型個室のみとなります 多床室については空室利用となります			
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。
- ※ テレビ希望の場合、電気使用料(50円/日)が発生します。
- ※ 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1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ジャー様と家族様に、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	開始日	部屋	終了日	部屋
	① 月 日 ()	個室・多床室 ~	月 日 ()	個室・多床室
	② 月 日 ()	個室・多床室 ~	月 日 ()	個室・多床室
	③ 月 日 ()	個室・多床室 ~	月 日 ()	個室・多床室
	④ 月 日 ()	個室・多床室 ~	月 日 ()	個室・多床室
その他 連絡事項	支援相談員 :			