

障害者短期入所（ショートステイ）利用申込書

令和 年 月 日

(社福) 兵庫県社会福祉事業団
丹寿荘 所長 酒井 伸義 様

(申請者)

氏名

(続柄)

電話

丹寿荘障害者短期入所サービスを利用したいので、下記のとおり申し込みます。

利用者氏名	(ふりがな)		男・女	明治 年 月 日生			
				大正 (満 歳)			
介 護 者	住所						
	氏名				続柄		
	電話						
申込理由							
受給者証番号			障害程度区分				
希望期間	平成 年 月 日(曜日)	午前・午後 時頃から	日間				
	平成 年 月 日(曜日)	午前・午後 時頃まで					
送迎希望	有・無	(迎え) 平成 年 月 日(曜日)	午前・午後 時 分頃				
		(送り) 平成 年 月 日(曜日)	午前・午後 時 分頃				
負担金の請求先	※申請者と異なる場合のみ記入して下さい。						
緊急時連絡先	ご家族等	氏名		電話	—	続柄	
	医療機関	病院名		電話	—	担当医	

住 所

電話 —

事業者名

担当者名