

ショートステイゆったり道 ご利用予約申込票

※保険者が板橋区のみ対象の施設となっております

ご利用希望日	令和 年 月 日 ~ 月 日			
お部屋の形態				
ご希望の送迎時間	(入所) AM	:	(退所) PM :	
車いすのご利用	有 ・ 無			
ご利用者様 について ※宜しければ お教え下さいませ	フリガナ			
	お名前			
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日
	性別	男 ・ 女		
	ご住所			
	ご連絡先	(電話)	(携帯)	
	要介護度	20		
	認知症	I / II / IIa / IIb / III / IIIa / IIIb / IV / M		
	既往歴			
	身体状況			
	在宅状況	独居	夫婦のみ	子供と同居
	形態	アパート	マンション	戸建
	減額申請	なし	・	あり (第 段階)
	特記事項			
ご家族様 について	主な介護者			
	ご住所			
	ご連絡先	(電話)	(携帯)	
担当 ケアマネ様	氏名・携帯	(携帯)		
	事業所名			
	電話・FAX	(電話)	(FAX)	
その他 質問事項				

※尚、生活保護の方のお受入れは致しておりません

ご記入頂きましたら、下記までFAXにてご送信下さいませ

FAX **03 - 3969 - 5362**

お電話でのお問合せもお気軽にどうぞ TEL **03 - 3969 - 5361**

担当：成田（管理者）

『断らない介護』をモットーに、多くの皆様からのお問合せをお待ちしております！

株式会社 タカノヘルスケア

