

グループホーム『かなで』ショートステイ利用申込書

(下記の項目にご記入の上『かなで』まで提出またはFAXして下さい)

| | |
|-------------------------------------|--|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 利用者氏名 | (フリガナ:) |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) 性別 (男・女) |
| 住所 | |
| 記入者氏名 | 利用者本人との関係 () |
| 連絡先 | 自宅 携帯 |
| 障がい福祉サービス受給者証 | 受給者番号 |
| 支給市町村 | 新座市 / それ以外 () |
| 障がい支援区分 | 区分 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 |
| 短期入所サービス支給量 | 月に () 日まで |
| 障害者手帳 | 療育手帳 ㉠ / A / B / C |
| | 身体障害者手帳 (級) |
| | 精神障害者保健福祉手帳 (級) |
| 日中活動場所 | 福祉施設 (施設名:) 会社 ・ その他 () |
| 相談支援事業所 | 事業所名 () |
| 利用希望日 | 令和 年 月 日 () から 月 日 () まで (泊 日) ※体験利用は月(夕)～金(朝)での1泊2日を基本といたします |
| ※体験利用で特定の希望日がない場合 → () 月頃を目安に利用を希望 | |
| 利用の目的 | 緊急的な利用 / 将来に向けた体験利用 (初回・2回目以降) |
| | 緊急的な利用の場合は主な理由をご記入下さい |

注意事項 (以下の事項をご了承の上お申し込み下さい)

※初めての利用には事前の利用契約 (面談含む) が必要となります。

※以下の場合にはお断りする場合があります。

- ①夜間の介助や常時の見守りが必要な場合 ②本人が体調不良の場合
③緊急性が低い場合 ④その他事業所の状況により受入れが困難な場合等

グループホーム『かなで』(〒352-0023 新座市堀ノ内1-3-10)
TEL 048-480-4800 FAX 048-480-4801