

ショートステイ登録申込書

施設長殿

住所

氏名

TEL・FAX

続柄

フリガナ		生年月日		性別
利用者氏名		昭和 平成	年 月 日	男 ・ 女
フリガナ				
住 所	〒 -			
T E L		F A X		
障害福祉サービス 受給者証	1. 持っている。 2. 持っていない。			
身体障害者手帳	1. 持っている。(手帳番号) 2. 持っていない。 (障害名 等級 級)			
療育手帳	1. 持っている。(手帳番号) 2. 持っていない。 [総合判定 A B1 B2]			
利用経験	1. 短期入所を利用したことがある。[施設名] 2. 短期入所を利用したことがない。			
所 属	1. 在宅 2. 通学 3. 認可通所 4. 無認可通所 5. 就労 [所属名]			
ショートステイ利用 希望日時	午前 年 月 日()曜日 時 分から 午後 午前 年 月 日()曜日 時 分まで 午後			