

# 短期入所（障害福祉サービス）利用申込書

医療法人 裕徳会

介護老人保健施設 ひとりざわ 施設長 殿

下記の通り、貴施設の利用を希望いたします。

年 月 日

利用者	フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成
	氏名		( ) 歳		年 月 日生
	住所	〒	電 話		
申込者	フリガナ		続 柄		
	氏名				
	住所	〒	電話番号		
			携帯電話		
障害福祉サービス受給者証	番 号				
	障害支援区分	区分 ( )			
	認定期間	年 月 日～ 年 月 日			
利用理由					
かかりつけ医療機関					
相談支援専門員	住所	〒			
	事業所名				
	担当者				
	電話番号				