

平成 年 月 日

地域生活支援センター
サポート ぶなの木 様

住所
電話
氏名

印

短期入所利用申込書

下記のとおり、短期入所の利用申し込みをします。

氏名		生年月日	年 月 日	性別	男 女
障害の状況	身体障害者手帳	無 有 (1 2 3 4 5 6 級)	障害部位		
	療育手帳	無 有 (A A1 A2 B1 B2)			
	障害程度区分	区分 (1 2 3 4 5 6)			
日常の介護者の氏名		利用者との関係			
保護が必要な期間	平成 年 月 日 時 分から 平成 年 月 日 時 分まで				
保護が必要な理由					
支援上注意する事項					
緊急時の連絡先	氏名	連絡先			
	氏名	連絡先			
	氏名	連絡先			
備 考					

誓 約 書

地域生活支援センター サポートぶなの木における短期入所の
平成 年 月 日～平成 年 月 日までの利用に
ついては、諸規則を守り、指示に従います。

なお、短期入所サービス利用中及びサービス後において、善意と解
される行為が不慮の事故となった場合、関係者にはご迷惑をおかけし
ません。

以上のとおり誓約いたします。

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 印

保護者 印

社会福祉法人 ぶなの木福祉会

理事長 佐々木 元 様

地域生活支援センター サポートぶなの木

管理者 野 田 美 鈴 様