

参加申込書

ふりがな			性別	男・女	年齢	歳
参加者氏名						
住所	〒 倉敷市					
電話番号			FAX番号			
被介護者氏名			性別	男・女	年齢	歳
参加者との関係 (例えば「夫の母、父」等)			介護年数		年	
被介護者の状況	ねたきり・重度身体障がい者		要介護度			
リフレッシュ事業への参加	はじめて・2回以上(回目)					
あなたは、在宅介護者の会の会員ですか？			はい・いいえ			
リフレッシュ事業への参加にあたって ショートステイ・デイサービス等の利用について			利用する・利用しない			
利用場 合 す 合 る	施設名					
	利用期間	月 日から 月 日まで (1泊2日まで自己負担分(介護保険適用分)を本会が負担します)				
<p>※ 昼食負担金(1,000円)は、当日受付にて徴収いたします。</p>						