

令和元年度 ねたきり高齢者等介護者リフレッシュ事業

参加申込書

ふりがな 氏名				年齢 歳	性別 男・女
住所	(〒 - ) 倉敷市			TEL FAX	集合場所 1 倉敷駅前 2 倉敷市役所
要介護者 氏名		年齢 歳	続柄		性別 男・女
要介護者 状況	・ねたきり ・認知症 ・重度身体障がい者 ・その他			介護年数	約 年
要介護度	非該当・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5			参加回数	・初めて ・2回目以上
現在の状況など：					
当日の介護保険サービスの利用 有 ・ 無					

\* 抽選の場合は、現在介護をされている方、初回参加の方を優先させていただきます。

\* 当日サービス利用を希望される方のみ以下をご記入ください。

デイサービス（デイケア）の利用希望	有 ・ 無
ショートステイの利用希望	有 ・ 無
利用予定施設：	
ショートステイ利用日	
ショートステイ、デイサービス（デイケア）を利用される方については 後日、確認及び説明を申し上げます。	
受付日 月 日	受付者

\* 記入いただいた個人情報は、適正に管理し本事業以外での使用はいたしません。