

ショートステイ（レスパイト）申込書

年 月 日

（あて先）港区長

（申請者）住所

氏名

電話

対象者（児）との関係

下記のとおりショートステイを利用したいので申し込みます。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
対象者（児）氏名		月 日	（ 歳）
期 間	利用開始日・終了日の日時の記入と、保護の種類や当日用意して欲しい食事に印をつけて下さい。 平成 年 月 日 時 分から（朝食・昼食・夕食） 平成 年 月 日 時 分まで（朝食・昼食・夕食） 保護の種類（宿泊保護・日帰り保護） 泊 日		
障害の程度	1．身体障害者手帳 級 障害名（ ） 2．愛の手帳 度 3．脳性麻痺 4．進行性筋萎縮症		
緊急時の連絡先	氏名	電話（携帯）	障害者（児）との関係
備考欄 （該当する者に印をつけて下さい）	利用施設 障害保健福祉センター 緊急一時保護（介護者が入院等の理由により保護が必要な場合）の申請があった場合、ショートステイの予約日の変更は可能ですか。 変更可能である ・ 変更できない（理由 ）		
通所・通学先		保護期間中の通所・通学の有無	有 ・ 無

なお、この利用申込をもって、ショートステイの利用を承認します。