

平成26年4月1日  
サンリッチ伊東

## ショートステイ等のご案内

当施設では、ショートステイ（高齢者の方を一時預かり）のサービスを実施しております。ご利用されます方は、下記条件をご覧ください。ただし、介護保険給付を受けることはできませんので、予めご了承ください。

### 記

#### (各種条件)

- ① 1人で利用した場合 1泊7,200円  
2人で利用した場合 1泊5,200円
- ② お食事は、朝524円、昼637円、夜750円をご負担していただきます。治療食は1食につき52円加算になります。
- ③ 洗面道具、湯のみ、下着類、オムツ、ティッシュ、大小タオルなどの消耗品はご持参ください。
- ④ チェックイン10:00から、チェックアウト17:00まで。この時間前又は越える場合には、1時間につき830円をお支払いください。
- ⑤ 健康保険証及び介護保険証をご持参ください。
- ⑥ 食事などで配慮が必要な場合には、お申し出ください。(きざみ食など)
- ⑦ 好きな食べもの(おやつなど)がございましたら、ご持参ください。
- ⑧ 予め、ご本人やご家族の方と面接をさせていただきます。その上で、当施設を利用できるかどうかを決めさせていただきます。例えば、病気の程度や認知症の程度によっては利用できない場合もございますので、ご了承ください。
- ⑨ 連帯保証人の方が必要となります。
- ⑩ 利用期間は概ね60日間が限度です。
- ⑪ 上記費用には、消費税が含まれております。
- ⑫ お問い合わせは、フリーダイヤル0120-35-3087まで。

# ショートステイ利用申込書（自費）

平成 年 月 日

サンリッチ伊東 御中

下記のとおり貴施設の自費のショートステイを利用したく、申し込みをいたします。

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は利用者の連帯保証人として全ての責任を負います。

連帯保証人氏名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人住所 \_\_\_\_\_

連帯保証人電話 \_\_\_\_\_

利用期間は、概ね60日間が限度であることを承諾し、申し込みします。

利用者氏名	
生年月日	
住所	
電話	
介護度	・要支援（ ） ・要介護（ ） ・自立
利用期間	平成 年 月 日の 時 分ごろ、食から 平成 年 月 日の 時 分ごろ、食まで
利用居室	○1人で利用した場合（1泊 7,200円 承諾印）
	○2人で利用した場合（1泊 5,200円 承諾印）
費用	・上記の利用居室代 ・食事代（朝 524円、昼 637円、夕 750円、治療食加算1食 52円） ・オムツは持参
利用にあたっての希望事項	