

日・夜間サービス申込書

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

平成 年 月 日

社会福祉法人 中川村社会福祉協議会
会長 松村 隆一 様

○申込者 住 所 : 中川村
氏 名 : _____ 印
電 話 : _____

下記のとおり、いわゆる荘休日夜間サービスの利用を申し込みます。なお、万が一の事故発生の際は、当社会福祉協議会加入の損害賠償保険の範囲内で補償されることに同意し、当該賠償保険を超える部分については当社会福祉協議会に対して補償を求めない旨同意します。

記

- 利用者氏名 _____
- 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)
- 利用希望日時 (※休日、夜間いずれかに○してください。)
休日・夜間 _____ 月 日 () _____ 時 分 ~ _____ 時 分
休日・夜間 _____ 月 日 () _____ 時 分 ~ _____ 時 分
休日・夜間 _____ 月 日 () _____ 時 分 ~ _____ 時 分
休日・夜間 _____ 月 日 () _____ 時 分 ~ _____ 時 分
休日・夜間 _____ 月 日 () _____ 時 分 ~ _____ 時 分
- 緊急連絡先
連絡先氏名 _____
携帯電話番号 _____
- 受診している医療機関
医療機関名 _____
電話番号 _____
- 気をつけてほしいこと

- 利用料
休日サービス 3,500円+食事代実費
夜間サービス 7,000円+食事代(2食)1,000円=8,000円
※夜間サービスは事前に登録申請すると4,000円還付されます。