

年 月 日

愛南町高齢者支援課長 様

事業所住所

事業所名

管理者

印

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所の利用について（照会）

下記利用者に係る標記の件について関係書類を添えて照会いたします。

記

利用者 住所

氏名

生年月日

被保険者番号

介護度（認知有効期間）

（障害高齢者自立度： 認知症高齢者自立度： ）