「家族介護者リフレッシュ助成券」取扱施設・基本情報聴取票

各取扱施設の情報と助成券の利用可能なサービス等について、家族介護者の方が一見して分かるように取扱施設の一覧を作成いたします。

同一覧の掲載情報として３項目の基本情報を以下のとおり、お伺いしますので、ご回答へのご協力をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名 |  |

施設の基本情報について、該当するものに「○」をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成券利用関連 | 宿泊利用 | 可　　・　　不可 |
| 飲食利用  **食** | 可　　・　　不可 |
| 日帰り利用の有無  **日** | 有　　・　　 無 |
| その他欄  （ご意見等ありましたらご記入ください） | |  |

※ 本基本情報に変更が生じた場合は、東三河広域連合（☎0532-26-8472・8473）へお知らせください。

「家族介護者リフレッシュ助成券」取扱施設一覧：記載例(イメージ)

[　凡　例　]

○温泉施設（案）

**（豊橋市）**

**食**

**日**

助成券利用関連

**東三河温泉　広域館**

宿泊利用可

豊橋市八町通2-16

TEL：0532-26-8472

飲食利用可

**食**

○公衆浴場（案）

**(豊橋市）**

**食**

**日**

日帰り利用あり

**日**

**スーパー銭湯　ひがしみかわ**

豊橋市八町通2-16

TEL：0532-26-8473

**記　入　例**

「家族介護者リフレッシュ助成券」取扱施設・基本情報聴取票

各取扱施設の情報と助成券の利用可能なサービス等について、家族介護者の方が一見して分かるように取扱施設の一覧を作成いたします。

同一覧の掲載情報として３項目の基本情報を以下のとおり、お伺いしますので、ご回答へのご協力をお願いいたします。

記入した年月日をご記入ください。

貴施設名をご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日：　　　　　　６年○月○日

**【宿泊利用】**

助成券の宿泊利用の可・不可を選び、〇をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名 | **東三河温泉　広域館** |

施設の基本情報について、該当するものに「○」をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成券利用関連 | 宿泊利用 | **【飲食利用】**  飲食利用の可・不可を選び、〇をご記入ください。 |
| 飲食利用  **食** | 可　　・　 不可  可　　・　 不可 |
| 日帰り利用の有無  **日** | **【日帰り利用の有無】**  日帰り利用の有・無を選び、〇をご記入ください。  有　　・　　無 |
| その他欄  （ご意見等ありましたらご記入ください） | | (関係書類送付先：  440-8501豊橋市今橋町1番地  宛先：株式会社　広域 |

**0000【その他欄】**

関係書類の送付先を変更される場合は「その他欄」に

ご記入ください。

※ 本基本情報に変更が生じた場合は、東三河広域連合（☎0532-26-8472・8473）へお知らせください。

【「家族介護者リフレッシュ助成券」取扱施設一覧：記載例(イメージ)

[　凡　例　]

○温泉施設（案）

**（豊橋市）**

**食**

**日**

助成券利用関連

**東三河温泉　広域館**

宿泊利用可

豊橋市八町通2-16

TEL：0532-26-8472

飲食利用可

**食**

○公衆浴場（案）

**(豊橋市）**

**食**

**日**

日帰り利用あり

**日**

**スーパー銭湯　ひがしみかわ**

豊橋市八町通2-16

TEL：0532-26-8473

注）掲載イメージです。実際の内容と異なる場合があります。