

LYHYTAIKAISEN HOIDON ILMOITUS

kuukausi/vuosi _____ / 20 ____

Asiakas	Henkilötunnus
Lyhytaikainen hoitopaikka	

Pvm	Klo	syy: omaishoitajan vapaa vai erityishuollon tilapäishoito
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

HUOM! Kellonaika on tärkeä täyttää oikean laskutuksen vuoksi.
Allekirjoitukset

Paikka ja aika	Ilmoittaja
	Nimenselvennys

**Ilmoitus palautetaan kuukauden 5. päivään mennessä osoitteeseen:
 Riihimäen kaupunki, Vammaispalvelut, Eteläinen Asemakatu 4, 11130 Riihimäki**