

生活支援ショートステイ事業利用申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請者 住 所 立川市 町 丁目 ー

氏 名 (本人との関係)

電 話 ()

生活支援ショートステイ事業の利用について、次のとおり申請します。

利 用 理 由				
ふ り が な		男		
利 用 者 氏 名		・	年 月 日生(満 歳)	
利 用 者 住 所	立川市 町 丁目 ー			電話 ()
同 居 者 (親 族) の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	昼間の連絡先
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
利 用 時 の 緊 急 連 絡 先	電話 ()			
か かり つ け の 医 療 機 関	医療機関名		医師名	
	(科)			
保 険 の 種 類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社会保険等(本人・家族) <input type="checkbox"/> その他			
医 療 証	有(福・老・障) ・ 無 身障手帳 有(種 級) ・ 無			

申請者及び申請者の家族等の所得状況を公簿等により調査することを承認します。

当該事業の実施において、入所中の緊急時の対応のため、私の家族、病歴、緊急連絡先等の個人情報、入所施設・地域包括支援センター等に情報提供することを承諾します。

氏名 _____

..... 以下は記入しないで下さい

上記申請について、次のとおりとする。(決定・却下)					立福高第 号				
<input type="checkbox"/> 地域包括支 センター	担当	係長	課長	起案	・	担当	係長	課長	経理
<input type="checkbox"/> 福祉相談センター				決定	・				
				施行	・				