

# 府中町高齢者生活管理指導短期宿泊事業利用申請書

令和 年 月 日

府 中 町 長

申込者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

本人との続柄 ( )

電話 ( ) - \_\_\_\_\_

次のとおり、申請します。

|                    |                                  |             |                   |
|--------------------|----------------------------------|-------------|-------------------|
| フリガナ<br>利用者<br>氏 名 |                                  | 性別<br>男 ・ 女 | 生年月日<br>大・昭 年 月 日 |
| 住 所                | 府中町<br><br>自宅電話( - )携帯電話( - - )  |             |                   |
| 要支援・要介護認定          | 無 ・ 有 (要支援・要介護認定を受けている方は利用できません) |             |                   |
| 身体障害者手帳等           | 無 ・ 有                            | 級           | 障害名               |
| 申 請 理 由            |                                  |             |                   |
| 本 人 の 希 望          |                                  |             |                   |
| 家 族 等 の 希 望        |                                  |             |                   |
| 希 望 日 時            |                                  |             |                   |

緊急連絡先

|     |        |                 |
|-----|--------|-----------------|
| 住 所 |        | 自宅電話<br>( - - ) |
| 氏 名 | 関係 ( ) | 携帯電話<br>( - - ) |

裏面も記入してください。

家族状況(本人を除く)

| 氏 名 | 続柄 | 生年月日          | 備考(別居の場合の住所等) |
|-----|----|---------------|---------------|
|     |    | 大・昭・平・令 . . . |               |
|     |    | 大・昭・平・令 . . . |               |
|     |    | 大・昭・平・令 . . . |               |

健康状態等

|                      |          |            |
|----------------------|----------|------------|
| これまでかかった<br>大きな病気等   |          |            |
| 現在利用中の<br>サービス等      |          |            |
| 生活上<br>気になること等       |          |            |
| か か り つ け<br>医 療 機 関 | (名称・主治医) | (現在治療中の病気) |

| 月 日訪問<br>(施設等) | 訪 問 者 |
|----------------|-------|
|                |       |