

在宅高齢者老人福祉施設利用（介護保険外）申請書

年 月 日

上毛町長 様

申請者 住 所

氏 名

自宅TEL ()

携帯電話 ()

(※在宅高齢者を主に支援をしている者)

上毛町在宅高齢者支援家族の休息取得事業第7条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。
 なお、世帯の所得状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

1 申請理由

--

2 利用を希望する内容・期間

(1) 通 所

年 月 日 ~	年 月 日 (日)	過去の利用日数	
---------	------------	---------	--

(注) 同一年度内で12日以内を上限とし、1月あたりの利用日数は2日以内です。

(2) 短期入所

年 月 日 ~	年 月 日 (日)	過去の利用日数	
---------	------------	---------	--

(注) 同一年度内で14日以内を上限とし、1回あたりの利用日数は7日以内です。

3 老人福祉施設を利用する高齢者

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所	上毛町大字		TEL	
常時支援が必要な理由				
生活状況				
身体状況				
特記事項				

【確認事項】

高齢者が次のいずれかに該当する場合は事業の利用ができません。(次の項目を確認の上、□にチェック)

- 介護保険法の規定による「要介護者」又は「要支援者」と認定されていません。
- 疾病等により入院治療を必要としません。
- 老人福祉施設では対応できない医学的治療を行っていません。
- 感染性疾患を有し他の者に感染させるおそれはありません。

4 受入先の老人福祉施設

施設名		受入の事前確認 (※)	済 ・ 未済
-----	--	-------------	--------

(※) 事前に利用する施設の受入状況を確認してください。

5 世帯状況

	氏 名	続柄	生年月日	支援を代行できない理由	家族構成図
申請者世帯					
高齢者世帯					

6 誓約事項

- ① 利用する老人福祉施設の本来業務の妨げない範囲で利用します。
- ② 利用する老人福祉施設の運営上の指示に従います。

女性=○、男性=□
 本人=◎、回
 死亡=●、■