

在宅高齢者老人福祉施設利用（介護保険外）期間延長申請書

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8条第1項の規定に基づき、次のとおり延長申請します。

1 延長申請の理由

--

2 利用期間の延長について（期間の延長希望内容）

(1) 既決定期間

年 月 日 ~ 年 月 日 (日)

(注) 決定通知に記載されている期間を転記してください。

(2) 延長後の期間（希望期間）

年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	日延長
--------------------	-----

(注) 利用日の起算は、既に決定している利用期間の初日を記入してください。延長する期間の初日ではありません。

(3) 年間上限日数の延長（希望日数） ※該当する場合のみ記入

現在の利用日数合計	日	残日数	日	日延長
-----------	---	-----	---	-----

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	

4 受入先（老人福祉施設）

施設名		受入可否の事前確認 (※)	済 ・ 未済
-----	--	---------------	--------

(※) 事前に利用する施設に空床状況と延長が可能かを確認してください。

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。