

生活支援ショートステイ利用申請書

神戸市 福祉事務所長 あて

令和 年 月 日

みだしの事業の利用について、次のとおり申請します。なお、利用にあたっては、市及び実施施設の規定を遵守します。

フリガナ			生年	M・T・S	
申請者氏名			月日	年 月 日生(満 歳)	
住 所	〒 区 神戸市 区 電話 ()				
要介護区分	自立・要支援1・要支援2・要支援(見込み)				
家族等氏名			申請者との関係(続柄)		
家族構成	・高齢単身者 ・高齢者のみの世帯 ・高齢者以外の同居者あり・その他()			経済状況	生活保護受給 有・無・未把握
緊急連絡先	氏名		続柄		電話 ()
	住所				()
	氏名		続柄		電話 ()
	住所				()
利用期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() ()日間				
利用施設	養護・特養・短期				
送迎の希望	送: あり・なし 迎: あり・なし				

《対応等》

実態把握日	令和 年 月 日()				
情報提供の同意	・有(同意日 ()) ・無				
【その他連絡事項・特記事項など】					
あんしんすこやかセンター名					
担当者名			電話番号	電話 ()	