

中央区緊急生活支援宿泊サービス利用申請書

令和 3 年 □月 △日

(宛先) 中央区長

申請者 住所 中央区築地9-8-7
氏名 CHUOケアプラン 福志 花子
電話番号 03(1234)5678
利用者との関係 (ケアマネジャー)

次のとおり申請します。

利用者	ふりがな	ちゅうおう は な	生年月日	明大	15年 12月 31日
	氏名	中央 波名 男 (女)		昭	(81歳)
	住所	中央区築地1-1-1		電話番号03(9876)5432	
申請理由	介護者の病気・けが・著しい介護疲労 葬儀 住宅改修 その他 ()				
ケアマネジャー	事業所名	CHUOケアプラン	電話番号03(1234)5678		
	担当者	福志 花子	FAX 03(1234)5679		
主治医	医療機関名	中央総合病院			
	担当医	築地 介吾	電話番号03(1020)3040		
利用者情報	要介護度	介5・介4・介3・介2・介1・支2・支1			
	利用料自己負担区分	第1・第2・第3①・第3②・第4・第5・第6			
	医療ニーズ	経管栄養(胃ろう)・留置カテーテル・ストマ・褥瘡・在宅酸素・インシュリン 透析・痰の吸引(1日 回)・その他 ()			
	治療中の病気	高血圧 糖尿病 その他 ()			
	その他の留意点	褥瘡予防のため3時間ごとに体位交換			
	認知症	認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
	移動	歩行	自立 ・ つかまれば可 ・ できない		
歩行補助具		杖: 無・有(屋内・屋外) 歩行器 無・有(屋内・屋外)			
車の使用		無し・有り (自走・介助)			
利用希望日	令和 3年 □月○△日(▽)から令和 3年 △月□□日(▽)まで				
希望時間	入所日: 午前・午後 3時頃 / 退所日: 午前・午後 3時頃				
リフト付自動車	利用しない・利用希望 (入所日・退所日)				
※ 希望日が重複した際等に参考にさせていただきますので、該当欄に✓を付けてください。					
<input type="checkbox"/> 希望日どおりでなく <input type="checkbox"/> 期間が短くなって <input type="checkbox"/> 希望日以外は利用せ <input type="checkbox"/> その他 ()					

この欄は記入不要です。

この申請に係る利用料の決定にあたり、利用者及び世帯の生計中心者について特別区民税・都民税の課税に関する業務において中央区が保有している情報を利用することに同意します。

令和 3年 □月 △日

利用者氏名 中央 波名
心身機能の低下のため 代理署名 中央花子 (成年後見人)

利用者氏名は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等にあつては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。