

中央区緊急生活支援宿泊サービス利用申請書

年 月 日

（宛先）中央区長

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
利用者との関係 ()

次のとおり申請します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	男 ・ 女		(歳)
	住 所	電話番号 ()		
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	事業所名	電話番号 ()		
	担当者	FAX ()		
主治医	医療機関名			
	担当医	電話番号 ()		
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			
	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 イ ス の 使 用		無 ・ 有 (自走 ・ 介助)		
利用希望日	年 月 日から 年 月 日まで			
希望時間	入所日：午前・午後 時頃 / 退所日：午前・午後 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ても、なるべく3か月利用したい。 <input type="checkbox"/> 期間が短くなっても、 月 日から 月 日までは利用したい。 <input type="checkbox"/> 希望日以外は利用せず、申請を取り下げる。 <input type="checkbox"/> その他 ()				
この申請に係る利用料の決定に当たり、利用者の特別区民税・都民税の課税の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。 年 月 日 利用者氏名 _____ 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。				