第1号様式(第5条関係)

高齢者ショートステイ利用申請書

年　　月　　日

　(あて先)出水市長

　高齢者ショートステイの利用を下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 | 印 | | | | | 生年月日 | | 年　月　日 | |
| 性別 | | 男・女 | |
| 住所 | 出水市 | | | | | | 電話番号 | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | | | | 続柄 | 年齢 | | 備考 | | |
|  | | | |  |  | |  | | |
|  | | | |  |  | |  | | |
|  | | | |  |  | |  | | |
|  | | | |  |  | |  | | |
| 生活状況  ※(　)内の該当するものを○で囲む。 | ・食事は、1日3食(とる、とらない)  ・入浴は、毎日(する、しない)  ・睡眠は、決まった時間に(とる、とらない) | | | | | | | | | |
| 健康状態等 | 健康状態 | | | 良好　　　やや不良　　　不良 | | | | | | |
| 受療状況 | | | 主傷病名 | |  | | | | |
| 主医療機関名 | |  | | | | |
| 希望利用日 | 年　　月　　日～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | 申請年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |  | | |
| 認定年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | 認定結果 | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 高齢者移送サービス利用希望の有無 | 有　・　無 |