

坂城町生活管理指導短期宿泊申請書

年 月 日

坂城町長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

坂城町生活管理指導短期宿泊事業実施要綱に基づき、養護を受けたいので申請します。

記

短期宿泊を 利用する者	フリガナ	性 別	生 年 月 日		
			年 月 日 (歳)		
住 所	坂城町大字				
申請の理由					
利用者の日常生活の状況					
医師の指示・注意事項等	医療機関名：		担当医氏名：		
介護保険法に基づく介護 (介護予防) 支援事業所	事業所名：		担当者氏名：		
利用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (入寮時間：) (退寮時間：)				
利用施設	養護老人ホームはにしな寮				
緊急時の 連絡先	氏 名	続柄	年齢	住所	電話番号

事業概要

社会的適応が困難となったため又は一時的疾病等により日常生活ができなくなった高齢者に対し、養護老人ホームにおける短期間の宿泊により生活を援助する。短期宿泊の期間は7日以内を基本とし、短期宿泊に要する費用及び食費・その他必要な経費については申請者が負担する。

この申請に基づく個人情報は、坂城町における高齢者の福祉事業以外には使用しない。