

（表）

高齢者生活支援ショートステイ申請書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

申請者 住 所
 氏 名
対象者との続柄
 電話番号

高齢者生活支援ショートステイを利用したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

対象者	住 所				電 話 番 号		
	フリガナ				性 別	生 年 月 日	年 齢
	氏 名				男・女	歳	
介護保険の認定申請の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
介護保険の認定状況		<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 判定等					
世帯の 状況	氏 名	続 柄	年 齢	介 護 者	通常自宅にいる時間帯		
					朝・午前・昼・午後・夜間		
					朝・午前・昼・午後・夜間		
					朝・午前・昼・午後・夜間		
					朝・午前・昼・午後・夜間		
					朝・午前・昼・午後・夜間		
緊 急 連絡先	勤務先については勤務者名、名称、所在地、電話番号を、近隣の友人等については氏名、続柄、住所、電話番号を記入してください。						
	勤務先						
	①勤務者名		名称		所在地		電話番号
	②勤務者名		名称		所在地		電話番号
	近隣の友人等						
	①氏名		続柄		住所		電話番号
②氏名		続柄		住所		電話番号	

(裏)

市町村民税 の課税状況	1 課税世帯	生活保護 の状況	1 受けている (担当ワーカー名:)
	2 非課税世帯		2 受けていない 3 申請中
身体障害者 手帳等の有無	1 有り 2 無し 3 申請中 (種 級・度相当) (障害名:)		

利用期間	
入 所	年 月 日 () 午前 時 分から
退 所	年 月 日 () 午後 時 分まで

利用理由	
1 体調の不良 (状態:)	
2 入院の必要はないが、疾病等による一時保護 (体の状況:)	
3 災害等による、一時保護 (災害の状況:)	
4 居住地を有しないか、居住地が明らかでない者の一時保護 (状況:)	
5 その他 (理由:)	

添付書類	
① 健康保険証 (扶養認定者氏名欄も含む)、後期高齢者医療被保険者証、心身障害者医療証、難病医療証、身体障害者手帳等をお持ちの方は、それぞれの写し	
② 生活保護受給証明書又は世帯全員の当該年度市町村民税の状況を証する書類	
③ 意見書	
④ 要介護認定の結果を証する書類の写し	