|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急短期入所申請書  　　年　　月　　日  座間市長　　　　　　　　殿  住所  申請者　氏名  電話番号  　次のとおり申請します。 | | | | | | | | |
| 対象者 | 住所 | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | 性別 |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 年齢 |  |
| 介護者 | 住所 | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | 性別 | |  |
| 電話番号 | |  | 対象者との関係 | | | |  |
| 短期入所の理由 | | | 介護者の疾病　介護者の事故　介護者の出産　その他（　　　　） | | | | | |
| 理由の詳細  （入院期間等） | | |  | | | | | |
| 短期入所を必要とする期間 | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで　（　　　）日間 | | | | | |
| 送迎の必要性 | | | あり　　　　　　　なし | | | | | |
| 緊急時連絡先  対象者や介護者に緊急事態が発生した場合 | |  |  | | | | | |
|  |  | | 性別 | | |  |
|  |  | 対象者との関係 | | | |  |

|  |
| --- |
| 同意欄  対象者及び介護者の世帯の課税状況や短期入所理由にかかわる病状等の調査を福祉長寿課職員が実施することに同意します。  　入所施設に介護保険訪問調査票の写しを座間市が情報提供することも同意します。  対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  介護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ※対象者及び介護者が不可能の場合は  申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

第１号様式　座間市緊急短期入所申請書