|  |
| --- |
| 生活支援型短期入所申請書　　年　　月　　日（宛先）座間市長住所申請者　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 |
| 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 |  |

第１号様式　座間市生活支援型短期入所申請書

|  |
| --- |
| 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することに同意します。入所施設に状況調書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２号様式　座間市生活支援型短期入所誓約書

座間市生活支援型短期入所誓約書

座間市長　　　　　　　　　　　殿

私、（対象者氏名）　　　　　　　　　　　は短期入所を利用するに当たり、以下のことを厳守します。また、これに反した場合は直ちに施設退所します。

1. 施設内の規則を順守し、施設職員の指示に従うこと。
2. 薬が処方された場合は必ず服薬すること。
3. 他の利用者に迷惑をかけないこと。
4. １日当たり、１，７３０円を負担すること。（生活保護受給者は市の判断に従うこと。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

住所

対象者氏名