

佐倉市生活管理指導短期宿泊事業利用申請書

(あて先) 佐倉市長

申請者 住 所

氏 名

続 柄

電 話 ( )

佐倉市生活管理指導短期宿泊事業を利用したいので、下記のとおり申請をいたします。

記

利用対象者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日( 歳)	
	住所				
	要介護認定及び障害の有無				
家族の状況	氏 名	続柄	年 齢	性 別	備 考
かかりつけ医師	電 話 ( )				
緊急連絡先	氏 名		電 話	( )	
	住 所				
利用希望の期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) 日間				
利用希望の理由					
利用者の状況	歩 行	<input type="checkbox"/> 独力で可能(杖使用を含む) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 不可能(車椅子含む)			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 独力で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助が必要(おむつ使用を含む)			
	食 事	<input type="checkbox"/> 独力で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助が必要			
	入 浴	<input type="checkbox"/> 独力で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助が必要			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 独力で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助が必要			
特記事項 (健康状態等)					