

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 □□□ 9-8-7

氏名 ○○ △△

続柄 **

電話 043 (987) 6543

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	S △年 □月 #日 (**歳)	
	住所	□□□ 9-8-7				
	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	
	○○ △△	**	35	男		
	○○ **	◎◎	32	女		
かかりつけ医師	○×医院 ○×医師		電話 043 (210) 0123			
緊急連絡先	氏名	□○ ×○	電話	047 (828) 1920		
	住所	# #市\$ \$ 6-5-4 番地				
利用希望の期間	平成 15年 ○月 ×日 (月) ~ 平成 15年 ○月 △日 (木) 4日間					
利用希望の理由	○○○○のため (法事のため等)					
利用者の状況 <small>※該当する項目に印を付けてください (介助が必要な方は要介護認定を受け介護保険で利用していただく場合があります)。</small>	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)						