様式１－１

西濃圏域地域生活支援拠点事業　緊急短期入所利用申込書

年　　月　　日

　　　　　　　　市・町長　様

申込者

住　所

連絡先

　次の理由により緊急短期入所の利用を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　　 名 |  |
| 住　　　 所 |  |
| 生 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
| 連　 絡　 先 | (　)申込者と同じ  (　)その他  住　　所  　氏　　名  　電話番号 |
| 受給者証番号 |  |
| 利用希望事業所 | |  |
| 利用希望期間 | | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 申  込  理  由 | (　)①介護者の急病や事故  (　)②介護者の長期出張等により一定期間介護が困難  (　)③虐待の恐れがあり帰宅が困難  (　)④大規模災害により避難し帰宅が困難  (　)⑤その他 | |
| 上記①～⑤の具体的内容 | |

※この利用申込書とは別に、利用する指定短期入所事業所が定める手続が必要であるので注意。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者(所属・氏名) |  | 受  付 | 令和　　年　　月　　日 |