

第3号様式

浜松市高齢者あんしん一時宿泊事業（短期宿泊事業）利用申請書

（あて先）浜松市長

年 月 日

申請者 自署または 記名押印	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	電話		利用者 との関係	

申請書 提出者	事業所名			
	担当者		電話	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)			

浜松市高齢者あんしん一時宿泊事業（短期宿泊事業）の利用を申請します。なお、事業の実施に必要な住民登録・市税・介護保険・生活保護・障害福祉状況等を調査することに同意します。また、利用が決定した場合には、申請書記載の個人情報を委託事業者に提供することについて同意します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)				
	フリガナ		電話		性別	男・女
	氏名		生年月日	大正・昭和・西暦 年 月 日	年齢	歳
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)					

内 容 等

	回目の利用	利用日数		日間	利用日	月	日から	月	日
施設名									
<input type="checkbox"/>	養護老人ホーム	<input type="checkbox"/>	短期入所施設	<input type="checkbox"/>	生活支援ハウス	<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム		

(申請理由)

(28日を超える場合はその理由を記載)

第6号様式

浜松市高齢者あんしん一時宿泊事業（短期宿泊事業）利用変更申請書

（あて先）浜松市長

年 月 日

申請者 自署または 記名押印	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	電話		利用者 との関係	

申請書 提出者	事業所名			
	担当者		電話	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)			

高齢者あんしん一時宿泊事業（短期宿泊事業）の利用内容等について、変更したいので申請します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)				
	フリガナ		電話		性別	男・女
	氏名		生年月日	大正・昭和・西暦 年 月 日	年齢	歳
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)				

事 項	変更前	変更後

(変更理由)

転居

身体状況の変化

その他 ()

(28日を超える場合はその理由を記載)

高齢者実態調査票

	調査施設名	調査者	訪問調査日		
対象者	住所				
	フリガナ	電話	性別		
	氏名	生年月日	年齢		
対象者の状況	要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 (<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 自立) 認定日 _____ 有効期間 _____			
	住居状況	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 民間借家 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	所得状況	年金 月額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他収入 <input type="checkbox"/> 家族の支援 市民税(本人) <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 市民税(世帯) <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			
	疾病状況	<input type="checkbox"/> 高血圧・脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 筋・骨格系疾患 <input type="checkbox"/> 循環器系疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌系・代謝疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 消化器系疾患 <input type="checkbox"/> 視聴器系疾患 <input type="checkbox"/> 泌尿器・生殖器系疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他 (病名: _____)			
		備考			
	受診状況	入院歴	病院名	病名	
			入院期間	~	
		かかりつけ医院	主治医	電話	
		通院理由			
	既往歴・生活歴				
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 精神障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 障害名 _____ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり (<input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 (_____))			
家族関係					
緊急時連絡先	1	住所			
		フリガナ	関係	性別	
		氏名	生年月日	年齢	歳
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		その他連絡先	備考		
	2	住所			
		フリガナ	関係	性別	
		氏名	生年月日	年齢	歳
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		その他連絡先	備考		
	3	住所			
		フリガナ	関係	性別	
		氏名	生年月日	年齢	歳
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		その他連絡先	備考		
	4	住所			
		フリガナ	関係	性別	
		氏名	生年月日	年齢	歳
		自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		その他連絡先	備考		
5	住所				
	フリガナ	関係	性別		
	氏名	生年月日	年齢	歳	
	自宅連絡先	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	生活支援 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	その他連絡先	備考			