様式第１号（第８条関係）

富山市要支援・要介護高齢者等ミドルステイ事業利用（変更）申請書

　　年　　月　　日

　（宛先）富山市長

申請者　　住所

氏名

　次のとおり、富山市要支援・要介護高齢者等ミドルステイ事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日  　　　（　　　）歳 | | | | | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒　　　― | | | | | | | | | 電話 | | |  | | |
| 同居世帯状況 | | 氏名 | | 続柄 | | | 職業 | | | | | | | | 電話（勤務先） | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | |
| 緊急時連絡先 | | 氏名 |  | 続柄 |  | | | 電話（自宅） | | | | | | |  | |
| 住所 |  | | | | | 電話（職場） | | | | | | |  | |
| 既往症 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | 障害名（　　　　　　　　）　種級 | | | | | | | | | | | 療育手帳 | | | AB |
| 申請の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護の状況 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用施設名 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ミドルステイ  利用期間 | | 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日 | | | | 第６条に基づく優先利用期間 | | | | | | 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日  　 年　月　日～　 年　月　日 | | | | |
| 介護保険における  要介護度 | | 自立　・　要支援１　・　要支援２  要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５ | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険負担限度額認定 | | なし　あり（　第１段階・第２段階・第３段階　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用する施設区分及び居室の種類 | | □　単独型  □　併設型  □　単独型ユニット型  □　併設型ユニット型 | | | | | | | □　従来型個室  □　多床室  □　ユニット型個室  □　ユニット型準個室 | | | | | | | |
| 備考（ミドルステイ利用後の予定など） | | （担当者氏名） | | | | | | | | | | | | | | |

※申請の理由の証明となるもの（介護者の診断書等）を添付してください。

※要支援・要介護認定者においては利用月とその前月分のサービス利用票（別表含む）を　添付してください。

※第３条第１項第２号に規定される方が利用申請される場合は、健康診断書を添付してください。（自立支援ショートステイを優先して利用される方は不要です。）