

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 氏 名			生年月日	年 月 日 () 歳	
	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	A B
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①・第3段階② ）				
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。）