

高齢者生活支援短期入所事業利用申請書

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 ()

高齢者生活支援短期入所事業に係るサービスを受けたいので、たつの市高齢者生活支援短期入所事業実施要綱第6条の規定により申請します。
なお、入所期間が終了したときは、必ず退所することを誓約します。

入所者の氏名		男・女	年 月 日 (歳)		
家族の氏名		続 柄			
入所希望期間	年 月 日から 年 月 日まで				
入所希望理由					
利用を希望する施設					
生 活 保 護	1 受けている。 2 受けていない。				
緊急時の第1連絡先	住 所				
	氏 名		電 話	()	
緊急時の第2連絡先	住 所				
	氏 名		電 話	()	

備考 入所者の健康診断書を添付すること。