

緊急ショートステイ利用申請書

申請年月日 年 月 日

杉並区長 宛

次のとおり、杉並区緊急ショートステイ事業の利用を申請します。

申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 区が緊急ショートステイ事業の資格要件確認のため、住民記録情報・税情報・介護保険情報等区が保有する個人情報を確認すること。
- 2 区が申請者に係る情報について、必要に応じ、区が委託した事業者から提供を受け、又はこれらに提供すること。
- 3 緊急ショートステイ利用中において、病状の変化により医療保険による治療や、かかりつけ医の指示の下、転院となること。

フリガナ			生年月日	
申請者(利用者)氏名			年	月
			日()	歳
住所	電話 ()			
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
利用希望期間	年	月	日()	から
	年	月	日()	まで 【 日間 】
申請理由				
同居家族	フリガナ	続柄	フリガナ	続柄
	氏名	年齢	氏名	年齢
緊急連絡先	フリガナ	電話		
	氏名	同居 / 別居	続柄	
	フリガナ	電話		
	氏名	同居 / 別居	続柄	
かかりつけ医	病院名		住所	
	医師名		電話	

フリガナ			
窓口に来た方			
住所			
電話		申請者(利用者)との関係	