

入院生活支援申請書

年 月 日

千代田区長殿

入院生活支援の利用を申請します。

申請者 ※ご利用者と同じ場合は記入不要です。

住所 〒

氏名 利用者との関係 ()

電話番号 ()

提出の代行者

事業所名

氏名

電話番号

利用者

住所 〒 千代田区

氏名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生

電話番号 ()

◆緊急連絡先

氏名 続柄 ()

電話番号 ()

◆病院名 病院 科 号室

所在地

電話番号 ()

入院日 年 月 日 退院日 年 月 日

◆支援希望内容（該当する □ にレ印をご記入ください）

□入院・退院・転院の付き添い □入院・退院・転院時の生活援助

□入院中の生活援助

◆支援希望事業所（該当する □ にレ印をご記入ください）

□無 □有【事業所名 】

※サービス提供事業所は原則、区との協定締結が必要です。

申請に際し、介護保険の認定情報、生活保護の受給状況など必要な情報を照会することについて同意します。

また、本サービスの認定に必要な、本申請情報を高齢者あんしんセンターなどに提供することについても同意します。

対象者氏名（サイン）

【問合せ先】千代田区保健福祉部在宅支援課在宅支援係 03-6265-6482