

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

提出の代行者

事業所名

氏名

電話

ご利用者 住所 千代田区

氏名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生

連絡先電話番号 ()

◆緊急連絡先

氏名

続柄()

連絡先電話番号 ()

◆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

受給資格認定に際し、対象者の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、申請内容を受託事業者を提供すること及び、サービス提供に必要な範囲内で、サービス受給情報を高齢者あんしんセンターなどに提供することに同意します。

対象者氏名 (サイン)