

様式第1号

生活管理指導短期宿泊事業利用申請書

年 月 日

八幡浜市長 様

住 所  
申請者 氏 名  
生年月日  
(電話番号 )

八幡浜市生活管理指導短期宿泊事業実施要綱により、生活管理指導短期宿泊事業の利用を申請します。

利用希望日	年 月 日 から 年 月 日 まで					
利用者氏名等	住 所					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)				
世帯構成	氏 名	続柄	生年月日	氏 名	続柄	生年月日
申請の理由						
日常生活動作の状況等	1歩 行	① 自分で可	② 一部介助	③ 全介助		
	2排 泄	① 自分で可	② 一部介助	③ 全介助		
	3食 事	① 自分で可	② 一部介助	③ 全介助		
	4入 浴	① 自分で可	② 一部介助	③ 全介助		
	5着脱衣	① 自分で可	② 一部介助	③ 全介助		
	疾 病	有 (病名 通院・往診)・無				
備考	支援サービス計画作成 ( 在宅介護支援センター)					

※その他

- 1 健康診断書を添付してください。
- 2 利用期間は7日以内とする。