

様式第1号（第8条関係）

富山市要支援・要介護高齢者等ミドルステイ事業利用（変更）申請書

年 月 日

（あて先）富山市長

申請者 住所 _____
氏名 _____

次のとおり、富山市要支援・要介護高齢者等ミドルステイ事業の利用を申請します。

利用者	ふりがな ----- 氏名	生年月日		年 月 日 () 歳	
	住所	〒 ー		電話	
同居世帯状況	氏名	続柄	職業	電話（勤務先）	
	-----	-----	-----	-----	
	-----	-----	-----	-----	
緊急時連絡先	氏名	続柄	電話（自宅）		
	住所			電話（職場）	
既往症					
身体障害者手帳	障害名（ ） 種 級			療育手帳	A B
申請の理由					
介護の状況					
利用施設名					
ミドルステイ 利用期間	年 月 日～ 年 月 日	第6条に基づく 優先利用期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
介護保険における要 介護度	自立 ・ 要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
介護保険負担限度額 認定	なし あり（ 第1段階・第2段階・第3段階 ）				
利用する施設区分及 び居室の種類	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型 <input type="checkbox"/> 単独型ユニット型 <input type="checkbox"/> 併設型ユニット型		<input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型準個室		
備考（ミドルステイ 利用後の予定など）	（担当者氏名）				

※申請の理由の証明となるもの（介護者の診断書等）を添付してください。

※要支援・要介護認定者においては利用月とその前月分のサービス利用票（別表含む）を添付してください。

※第3条第1項第2号に規定される方が利用申請される場合は、健康診断書を添付してください。（自立支援ショートステイを優先して利用される方は不要です。）