

別記第1号様式（第6条関係）

白井市高齢者介護支援型短期宿泊事業利用申請書

年 月 日

(宛先)白井市長

住所
申請者 氏名 ⑩
電話

次のとおり事業を利用したいので、白井市高齢者介護支援型短期宿泊事業実施規則第6条の規定により申請します。

対象者	住所					
	氏名		男・女	年 月 日	生 歳	
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業等	備考	
利用者の事由	社会的事由	①疾病 ②出産 ③冠婚葬祭 ④事故 ⑤災害 ⑥失踪 ⑦出張 ⑧看護 ⑨公的行事への参加				
	私的事由	①虐待 ②その他 ()				
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)					
緊急時連絡先	住所				自宅・勤務先	
	氏名				電話番号	
添付書類	医師の診断書・誓約書					

第3号様式（第6条関係）

誓 約 書

年 月 日

（宛先）白井市長

施設長 様

住所
申請者 氏名 ①
電話

私は、白井市高齢者介護支援型短期宿泊事業実施規則第6条に基づき特別養護老人ホーム等への入所を申請した（氏名 ）にかかる下記の事項については、これを固く守ることを誓約いたします。

- 1 入所中身体の状態に急変等があったとき又は病院への移送その他施設長において必要と認めてとった処置及びその処置等に必要な費用の負担について異議を申し立てません。
- 2 入所期間が終了したときは、速やかに依頼した高齢者を引き取り、施設の業務に迷惑をかけません。
- 3 その他白井市長及び施設長の指示を守ります。

白井市高齢者介護支援型短期宿泊事業用

診 断 書			
氏 名		男・女	
住 所			
既 往 症			
現 症			
現症に対する治療の必要性の有無及びその内容等	(梅毒関係) ワッセルマン氏反応 [定性・定量] (結核関係) 胸部間接撮影 (赤痢) 細菌培養検査 (その他伝染性疾患)		
感 染 症			
精 神 障 害			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関の名称 住 所 電話番号 医 師 名			

白井市高齢者等サービス事業に係る同意書

年 月 日

(あて先) 白井市長

住 所 _____
対 象 者 氏 名 _____ (印)
(申請者) 電話番号 _____

白井市が実施する高齢者等サービスの認定審査にあたり、市が保有する対象者の身体状況及び家族構成員の市・県民税に係る情報について調査すること、また住所・氏名等の個人情報を委託業者へ提供することに同意します。

※上記情報が市に無い場合、証明書の提出をお願いすることがあります。

また、取得した個人情報は高齢者等サービス実施のために使用し、目的外で使用することはありません。