

## 短期ホームケア利用申請書

年 月 日

愛川町長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

申請者

電 話 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり短期ホームケアを利用したいので申請します。

対象者氏名		生年月日 性 別	M・T・S 年 月 日 ( 男 ・ 女 )
対象者住所	愛川町	電 話	
介護保険要介護度	1 要支援 ( ) 2 要介護 ( )	上乗せ可能残日数	日
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
世帯状況	1 生活保護世帯 2 その他の世帯	送迎	1 要 2 不要
利用施設			
申請者以外の連絡先			
住 所 _____ 氏 名 _____			
電 話 _____ 対象者との続柄 _____			

誓 約 書

年 月 日

愛 川 町 長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

申請者

電 話 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

愛川町短期ホームケア事業実施要綱により利用申請いたしました次の者については、  
利用期間が終了したときは、必ず身柄を引き取ることを誓約いたします。

1. 短期ホームケア対象者名 \_\_\_\_\_

2. 短期ホームケア期間 年 月 日から  
年 月 日まで