第56号様式（第137条関係）

緊急一時宿泊事業利用申請書

年　月　日

　いわき市　　　　　地区保健福祉センター所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

注意　□のある欄は、該当する箇所に✔印を付けてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |
| 住所等 | 　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 手帳 | □身体障害者手帳 | 番号 |  | 等級 |  |
| □療育手帳 |  |  |
| □精神保健福祉手帳 |  |  |
| 難病等 | 病名 |  | 発症年月 | 年　月 |
| 扶養義務者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |
| 住所等 | 　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 他のサービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 障害支援 | □無 | 区分 | 有効 | 年　月　日から |
| 区　　分 | □有 | １ ２ ３ ４ ５ ６ | 期間 | 年　月　日まで |
| 利用中のサービスの種類と内容 |
| 介護保険 | 要介護 | □無 | 要支援１ ２ | 有効 | 年　月　日から |
| 認　定 | □有 | 要介護１ ２ ３ ４ ５ | 期間 | 年　月　日まで |
| 利用中のサービスの種類と内容 |
| その他 |  |

備考　難病等の場合は、病名及び症状が確認できる医師の診断書等を添付してください。

（　裏　面　）

申請する支援の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 利用期間 | 　　　年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 利用が必要な理由 | 介護を行う者のやむを得ない事由及びその事由が生じた日時他に利用できるサービスの有無の検討結果 |
| 利用する事業所の名称 |  |
| 利用する事業所の責任者の職氏名 |  |

　申請にあたり、負担上限月額の算定のため、世帯員の住民登録情報、所得・課税状況その他必要な情報について、市が調査、照会、閲覧することに同意します。

　　世帯主　　　　　　　　　　　　㊞　　　個人番号

　　世帯員　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |
| --- |
| ※　以下は地区保健福祉センターにおいて記入 |
| 利用者負担上限月額の認定等チェックリスト |  | 利用の必要性の有無 |  |
| 世帯区分 | 18歳以上 | 18歳未満 |  | □ | 有 |  |
| 生活保護世帯 | □ | 0円 | □ | 0円 |  | □ | 無 |  |
| 非課税世帯 | □ | 0円 | □ | 0円 |  |  |  |  |
| 一般１世帯 | □ | 9,300円 | □ | 4,600円 |  |  |  |  |
| □ | 9,300円 |  |  |  |  |
| 一般２世帯 | □ | 37,200円 | □ | 37,200円 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 所長 | 次長 | 係長 | 係員 | 起案者 | 起案　　　年　月　日 | 公印 |
|  |  |  |  |  | 決裁　　　年　月　日 |  |
| 施行　　　年　月　日 |