

様式第 1 号

足利市高齢者短期入所事業利用申請書

令和 年 月 日

足利市長 あて

申請者	住所	足利市				電話	
	フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
	氏名						
家族状況	氏名	続柄	年齢	職業又は勤務先		同居 別居	備考
緊急連絡先	氏名					続柄	
	住所					電話	
申請理由	<input type="checkbox"/> 家族の負担軽減 <input type="checkbox"/> 本人の身体の安全確保 <input type="checkbox"/> 一時的養護 <input type="checkbox"/> その他 ※上記項目にチェック後、詳細な理由を記載						
利用施設			利用予定日	月 日 ~ 月 日			
生計の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 ※生活保護世帯は、利用料が半額となります。 ※生計状況について、閲覧に同意します。 (世帯主)						
提出代行者	氏名					本人との関係	
	住所					電話	
利用券送付先	申請者宅 ・ 利用施設 ・ その他 ()						