

様式第1号(第5条関係)

高齢者生活管理指導短期宿泊(高齢者ショートステイ)利用申請書

年 月 日

総社市長 様
(経由)

申請者 住 所
(介護者) 氏 名
対象者との続柄()
電話番号(ー)

次のとおり生活管理指導短期宿泊を利用したいので、総社市高齢者生活管理指導短期宿泊(高齢者ショートステイ)事業実施要綱第5条の規定に基づき申請します。

対象者	住 所		登録番号	
	ふりがな 氏 名	(男・女)		
	生年月日	年 月 日	(満 歳)	
	生活保護受 給の有無	有	・	無
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			