

総社市告示第160号

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（平成17年総社市告示第40号）の一部を次のように改正する。

令和3年12月21日

総社市長 片岡 聡 一

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）を当該移動様式に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

改正後	改正前
<u>様式第2号（第5条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第2号（第5条関係）</u> 略
<u>様式第3号（第5条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第3号（第5条関係）</u> 略
<u>様式第4号（第5条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第4号（第5条関係）</u> 略
<u>様式第5号（第6条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第5号（第6条関係）</u> 略

附 則

この告示は、令和4年1月1日から施行する。

様式第2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）対象者状況票

対 象 者	ふりがな 氏 名				年 月 日生	
	住 所					
	保 険 区 分	<input type="checkbox"/> 健保	社会保険名（			）
			保険証番号（			）
			負担区分	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	
		<input type="checkbox"/> 国保	保険証番号（			）
	<input type="checkbox"/> 後期高齢	保険証番号（			）	
	<input type="checkbox"/> なし					
	介護認定 の有無	<input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> 無
主 治 医						
既 往 歴						
服 薬						
喫 煙	<input type="checkbox"/> 有	1日当たり（			）本	
<input type="checkbox"/> 無						
生活する上での 留意事項						
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	連絡先及び電話番号		

※ 緊急に連絡を必要とする場合の緊急連絡先となれる方には、「連絡先及び電話番号」の欄の先頭に◎を記入してください。

様式第3号（第5条関係）

診 断 書

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所				
病 名		既往歴		
発病年月日				
経過及び現在の症状				
感染性疾患	有（ ） ・ 無			
精神状態	認知症・精神疾患・神経疾患・アルコール依存症・その他 有（ ） ・ 無			
医師の意見	投薬・通院の必要性等 有 ・ 無 その他の留意事項（ ）			
	を受けてもよい			
サービスを受ける上での注意事項				
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
医療機関 所在地				
名 称				
医師氏名				
印				

様式第4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）決定（却下）通知書

年 月 日

様

総社市長



年 月 日付けをもって申請のありました生活管理指導短期宿泊については、次のとおり決定（却下）しましたので、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条の規定に基づき通知します。

登録番号		決定年月日	年 月 日
対象者	住所		
	氏名		
入所期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
利用料	1日につき 円		

（却下理由）

様式第5号（第6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）異動届

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 ）

生活管理指導短期宿泊について、次のとおり異動が生じたので、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6条の規定に基づき届け出ます。

対象者	住 所		登録番号	
	氏 名			
利用決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
異 動 事 項	<input type="checkbox"/> 利用の必要がなくなった。 <input type="checkbox"/> 利用期間を延長する必要が生じた。 年 月 日まで（通算 日間）			
異 動 の 理 由	（具体的に）			