

山口市在宅復帰支援事業利用申請書

令和 年 月 日

山口市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

(利用者との続柄 _____)

電話番号 _____

下記のとおり、山口市在宅復帰支援事業の在宅サービスを受けたいので、申請します。

記

ふりがな 利用者氏名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	明治 大正 年 月 日 (歳) 昭和
住 所	〒 山口市 電話番号 -
介護保険 被保険者番号	
要 介 護 度	要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5)
介 護 保 険 認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
入院(所)して いる病院名 (施設名)	名 称 ----- 所 在 地 電話番号 -
退院(所)予定 日	令和 年 月 日
試行的外泊 予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

外泊先	自宅・その他()
在宅復帰支援事業利用計画書	別紙のとおり
在宅復帰支援事業利用計画書作成の居宅介護支援事業者	事業所名 電話番号 — ----- 介護支援専門員氏名
利用者の緊急連絡先	氏名() 続柄() 電話番号 —
	氏名() 続柄() 電話番号 —

同意書

山口市在宅復帰支援事業の在宅サービス利用の決定の際に、介護保険の要介護認定情報を確認することに同意します。

また、本事業を利用するにあたり、不測の事故が発生した場合、損害等の請求はいたしません。

令和 年 月 日

山口市長 様

住所 _____

氏名 _____ (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。