

第1号様式（第5条関係）

高齢者生活支援ショートステイ事業利用・補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

春日井市高齢者生活支援ショートステイ事業実施要綱に基づくショートステイの利用を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 （対象者）	氏名		生年 月日	年 月 日	
	住所				
	要介護状態区分等		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
家族構成等	氏名	続柄	年齢	備考	
利用の理由		1 介護者の疾病・葬儀・事故・災害 その他（ ） 2 介護者の負担軽減 3 一時的に居宅での生活が困難			
利用希望施設					
希望する利用期間		年 月 日から 年 月 日まで			

上記対象者を同一世帯の家族の中で、主に介護をしていることを届け出ます。

介護者 _____

委 任 状

委 任 者 (利用者)	春日井市高齢者生活支援ショートステイ事業実施要綱に 基づく補助金の請求及び受領に関する権限を、下欄の受任者 に委任します。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> 住 所 氏 名 印 ※利用者とは春日井市から上記の補助金の交付決定を受けた人の ことです。
受 任 者 (短期入所施設)	上記のことについて、承諾します。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> 住 所 事業者名 代表者名 印 電話番号 (— —)

利 用 者	
利用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
金 額	円

第1号様式（第5条関係）

高齢者生活支援ショートステイ事業利用・補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

春日井市高齢者生活支援ショートステイの利用を受けた

要介護等認定者本人（65歳以上のショートステイ利用者本人）氏名等を記入してください。

申請者 （対象者）	氏名			生年 月日	年 月 日
	住所	申請時に介護等認定及びその有効期間があること。（介護施設利用の場合）			
	要介護状態区分等		有効 期間	年 月 日から 年 月 日まで	
家族 構成 等	氏名	続柄	年齢	備考	
	本人を含む同一世帯の家族氏名等を記入してください。				
利用の理由		1 介護者の疾病・葬儀・事故・災害 その他（ ） 2 介護者の負担軽減 3 一時的に居宅での生活が困難			
利用希望施設		該当する項目に○をつけてください。			
希望する利用期間		※3は養護老人ホーム利用者のみ			日まで

介護者名は必ずご記入ください。（介護施設利用の場合） 養をしていることを届け出ます。

介護者 _____

委任状は、ショートステイ申請書に添付してください。

委 任 状

利用者本人氏名等を記入し、利用日以前の期日で委任年月日を記入してください。

委任者 (利用者)	春日井市高齢者生活支援ショートステイ事業実施要綱に基づく補助金の請求及び受領に関する権限を、下欄の受任者に委任します。
	平成 年 月 日
	住 所
	氏 名 印
受任者 (短期入所施設)	利用事業者名等を記入し、利用日以前の期日で委任年月日を記入してください。
	上記のことについて、承諾します。
	平成 年 月 日
	住 所
	事業者名
	代表者名 印
	電話番号 (- -)

利用者	利用者、利用期間等を記入してください。
利用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
金額	円