

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 _____

私は、高齢者生活支援ショートステイ事業に係る補助金の請求及び受領に関することを利用施設に委任し、本申請の可否を審査するため市が要介護認定等を確認することに同意します。

氏名（自署） _____

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

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。

に基づきショートステイ

の利用を受けるため、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	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					
希望する利用期間		該当する項目に○をつけてください。 ※3は養護老人ホーム利用者のみ			

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。

介護者名は必ずご記入ください。(介護施設利用の場合)

介護者

私は、高齢者生活支援ショートステイ事業に係る補助金の請求及び受領に関することを利用施設に委任し、本申請の可否を審査するため市が要介護認定等を確認することに同意します。

利用者本人氏名等を記入してください。

氏名（自署）