

別記第1号様式（第7条関係）

難病患者等短期入所（入所期間延長）申請書									
							年	月	日
函館市長 様									
申請者			住所	函館市	町	丁目	番	号	印
			氏名						
			電話						
			対象者との続柄						
次のとおり難病患者等短期入所事業による短期入所（入所期間の延長）を申請します。									
短期入所をと ける者	ふりがな				生年	年 月 日			
	氏名				月日	年 月 日			
					年齢	歳	性別	男・女	
	住所	函館市 (電話) 町局 丁目番 番号							
	疾患名								
入所を申請する理由	社会的理由	疾病・出産・冠婚葬祭・事故・災害・失踪・出張・転勤・看護・学校等の公的行事への参加							
	私的 理由	介護疲れ・私事旅行・その他（ ）							
入所を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日（日間）								
延長を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日（日間）								
延長の理由									
入所を希望する施設									
対象者の 身体の状態	食事				歩行				
	排泄				会話				
	衣服着脱				理解				
	洗顔入浴				その他				
家庭・介護 の状況							生活保護給受	有無	
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	性別	職業	備考			

緊急時の 連絡先	住所								
	氏名				電話	局 番			

