

## 令和 2 年度「長期入院入所者援助事業」申請書

社会福祉法人

湯沢町社会福祉協議会

会長 佐久間 知良 様

申請者（保護者） 住所：.....

氏名：..... (印)

下記対象者について、令和 2 年 1 月 1 日から令和 2 年 12 月 31 日の間、継続して入院・入所していたので、令和 2 年度「長期入院入所者援助事業」について申請します。

## 1. 入院・入所者（対象者）

氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -
前住所 <small>（入所等の前に湯沢町に住所を有した者のみ記入）</small>	〒949-6 (町内名 ) 湯沢町
入院・入所先名と (現在の状態)	例) 知的障害者更生施設 まきはたの里 (状態: 疾病の治療、要介護 5、療育手帳 A、身体障害手帳 2 級) など (状態: 病気・ケガ、要介護度 2・3・4・5、障害 3・2・1 級、療育手帳 A・B、他)
いつ頃から (分かる範囲で構いません)	昭和・平成・令和 年 月 日～令和 2 年 12 月 31 日まで ※令和 2 年 1 月 1 日～令和 2 年 12 月 31 日まで 1 度も退院・退所していないことが条件です。

## 2. 支給方法（口座振込） ＊なるべく第四銀行でお願いします。（口座名義人＝対象者）

金融機関名	第四銀行	支店名	湯沢支店
種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義 (①と同じ氏名)			

## 同意書

入院・入所（対象者）の家族・保証人等である私は、湯沢町社会福祉協議会が入院・入所先、また必要あるときは湯沢町・地区担当民生委員に上記内容の確認をすること、また情報を提供することに同意します。

氏名	(印)	電話番号	( )
住所	〒 - (町内名 )		
入院・入所者との続柄			

※ 裏面につづく

※ 申請者が期間を記入し、入院・入所先の確認印をもらってきて下さい。(大変な時はご相談ください。)

**入院・入所 対象者 氏名**

【 施設・病院等 記入欄 】

上記の者が当病院・施設に下記の期間、入院・入所していたことを報告します。

① 昭和・平成・令和 _____年____月____日 ~平成・令和 _____年____月____日まで	
(住所) 〒 (電話) 施設・病院名	確認者氏名  Ⓜ
② 昭和・平成・令和 _____年____月____日 ~平成・令和 _____年____月____日まで	
(住所) 〒 (電話) 施設・病院名	確認者氏名  Ⓜ
③ 昭和・平成・令和 _____年____月____日 ~平成・令和 _____年____月____日まで	
(住所) 〒 (電話) 施設・病院名	確認者氏名  Ⓜ

※ **社会福祉協議会 確認欄**

【 決定欄 】

湯沢町社会福祉協議会		確認者(担当)氏名  Ⓜ		
支給要件	<input type="checkbox"/>	65歳以上の者で 病院に入院している	<input type="checkbox"/>	老人保健施設に 入所している
	<input type="checkbox"/>	障害者児で 施設に入所している	<input type="checkbox"/>	盲・聾唖学校高等部に 就学中である
要否判定 ( 適 ・ 否 )		否の理由		
決済: _____月____日		会長	事務局長	受付担当
審査結果				