

平成30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 住所:

氏名: (印)

下記対象者について、平成30年1月1日から平成30年12月31日の間、継続して入院・入所していたので、平成30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	明治・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)	<small>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</small> (状態:)
いつ頃から <small>(分かる範囲で構いません)</small>	昭和・平成 年 月 日～平成30年12月31日まで ※平成30年1月1日～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 <small>(①と同じ氏名)</small>			

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に上記内容の確認を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 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで	
施設・病院名	確認者氏名 <div style="text-align: right;">㊟</div>
② 昭和・平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで	
施設・病院名	確認者氏名 <div style="text-align: right;">㊟</div>
③ 昭和・平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで	
施設・病院名	確認者氏名 <div style="text-align: right;">㊟</div>
④ 昭和・平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで	
施設・病院名	確認者氏名 <div style="text-align: right;">㊟</div>
⑤ 昭和・平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで	
施設・病院名	確認者氏名 <div style="text-align: right;">㊟</div>

※ 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 <div style="text-align: right;">㊟</div>		
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				