

令和 6 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 高橋 政弘 様

申請者（保護者） 住所：.....

氏名：..... (印)

下記対象者について、令和 6 年 1 月 1 日から令和 6 年 12 月 31 日の間、継続して入院・入所していたので、令和 6 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	昭和・平成・令和 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 6 年 12 月 31 日まで ※令和 6 年 1 月 1 日～令和 6 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）※なるべく第四北越銀行でお願いします。（口座名義人＝対象者）

金融機関名	第四北越銀行	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..... ~ 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..... ~ 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..... ~ 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：	年 月 日	会長	事務局長	受付担当
審査結果				