

茨木市入院時コミュニケーション支援事業実施要綱

(趣旨)

第1 この要綱は、意思の疎通が困難な障害者又は障害児が医療機関に入院した場合に、当該障害者等と病院スタッフとの意思の疎通を支援することに従事する者を派遣する茨木市入院時コミュニケーション支援事業（以下「事業」という。）の実施について必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2 事業の対象となる者は、市内に居住し、次の各号のいずれにも該当する者とする。

(1) 障害支援区分に係る市町村審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成26年厚生労働省令第5号）別表第1 認定調査項目の部認知機能の款に掲げる項目のうち次に掲げる項目について、当該ア又はイに定める状態に該当しない者

ア コミュニケーション 日常生活に支障がない状態

イ 説明の理解 理解できる状態

(2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第5条に規定する障害福祉サービス（法第5条第6項に規定する療養介護及び同条第10項に規定する施設入所支援を除く。）又は茨木市移動支援事業実施要綱（平成18年10月30日実施）に規定する移動支援事業、茨木市日帰りショートステイ事業実施要綱（平成18年10月30日実施）に規定する日帰りショートステイ事業、茨木市地域活動支援センターⅠ型事業実施要綱（平成18年10月30日実施）に規定する地域活動支援センターⅠ型事業、茨木市地域活動支援センターⅡ型事業実施要綱（平成18年10月30日実施）に規定する地域活動支援センターⅡ型事業、茨木市地域活動支援センターⅢ型事業実施要綱（平成22年4月1日実施）に規定する地域活動支援センターⅢ型事業若しくは茨木市障害者相談支援事業実施要綱（平成18年10月30日実施）に規定する障害者相談支援事業を利用している18歳以上の者

(3) 療養介護及び施設を利用していない者

(4) 意思疎通支援者がいない者又はこれに準ずる者

(事業内容)

第3 事業の内容は、次のときに行う意思疎通支援とする。

(1) 入院時に行う説明又は聞きとり

(2) 病院スタッフによる治療計画及び入院計画の説明

(3) 診察、処置、検査及び療養の説明及び実施

(4) 手術の前後の説明及び処置

(5) リハビリテーションの説明及び実施

- (6) 退院後の治療及び療養の説明
- (7) 医療費制度及び福祉保健制度の説明及び相談
- (8) その他福祉事務所長が必要と認める事項
(利用期間)

第4 事業を利用できる期間は、1回の入院につき入院の日から30日を経過するまでとする。ただし、入院の日から30日を経過した場合であっても、対象者が第3各号のいずれかに該当するときに事業を行う必要があると福祉事務所長が認める場合には利用することができる。

(支給の申請)

第5 事業を利用しようとする者（以下「利用者」という。）は、あらかじめ地域生活支援事業支給申請書兼変更等申請書（様式第1号）に茨木市入院時コミュニケーション支援事業委任状兼承諾書（様式第2号）を添えて福祉事務所長に提出しなければならない。

(支給の決定)

第6 福祉事務所長は、第5の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めたものについて支給を決定し、申請者に対し地域生活支援事業支給決定通知書（様式第3号）により通知する。

2 福祉事務所長は、不支給と決定したときは、申請者に対しその理由を付した地域生活支援事業不支給決定通知書（様式第4号）により通知する。

(受給者証の交付)

第7 福祉事務所長は、第6第1項の規定による支給決定を行った利用者に対し、地域生活支援事業受給者証（様式第5号）を交付する。

(更新の申請)

第8 利用者は、第6第1項の規定による決定を受けた支給期間を更新しようとするときは、地域生活支援事業支給申請書兼変更等申請書を福祉事務所長に提出しなければならない。

(更新の決定)

第9 福祉事務所長は、第8の規定による更新申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めたものについて支給を決定し、申請者に対し地域生活支援事業支給決定通知書により通知する。

2 福祉事務所長は、不支給と決定したときは、申請者に対しその理由を付した地域生活支援事業不支給決定通知書により通知する。

(変更の申請)

第10 利用者は、第6第1項の規定による決定を受けた事項に変更が生じたときは、地域生活支援事業支給申請書兼変更等申請書を福祉事務所長に提出しなければならない。

(変更の決定)

第11 福祉事務所長は、第10の規定による変更申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めたものについて変更を決定し、申請者に対し地域生活支援事業支給変更決定通知書（様式第6号）により通知する。

(受給者証の再交付)

第12 利用者は、第7の受給者証を破損し、又は紛失したときは、茨木市入院時コミュニケーション支援事業支給申請書兼変更等申請書を福祉事務所に提出しなければならない。

2 福祉事務所長は、前項の申請があったときは、適当と認めた者に対し地域生活支援事業受給者証を再交付するものとする。

(支給の取消し)

第13 福祉事務所長は、事業を受ける者あるいは受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、事業の支給決定を取り消すことができる。

(1) 事業を利用する必要がなくなったと認めるとき。

(2) 死亡又は転出したとき。

(3) 正当な理由無しに事業の利用に関する調査等に応じないとき。

(4) 虚偽の申込み又は不正な行為によって支給決定を受けたとき。

(5) その他福祉事務所長が事業を行うことが不相当と認めるとき。

2 福祉事務所長は、前項の規定により支給決定の取消しを行った利用者に対し、地域生活支援事業支給決定取消通知書(様式第7号)により通知するものとする。

3 第1項の規定により支給決定を取り消された者は、速やかに受給者証を福祉事務所長に返還しなければならない。

(利用開始の届出)

第14 医療機関へ入院し、事業の利用が必要となった利用者は、医療機関に利用の承諾を受けた上で、茨木市入院時コミュニケーション支援事業利用開始(変更)届(様式第8号)を福祉事務所長に提出しなければならない。

(利用の方法)

第15 利用者は、事業を利用しようとするときは、事業に従事する者に対し地域生活支援事業受給者証を提示しなければならない。

(利用終了の届出)

第16 利用者は、医療機関を退院したときは、速やかに茨木市入院時コミュニケーション支援事業利用終了届(様式第9号)を福祉事務所長に提出しなければならない。

(費用の負担)

第17 事業の利用に係る経費は、無料とする。

(その他)

第18 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年6月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市入院時コミュニケーション支援事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和元年5月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市入院時コミュニケーション支援事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和3年3月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市入院時コミュニケーション支援事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

様式第1号(第5関係)

地域生活支援事業支給申請書兼変更等申請書

(新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 再交付)

地域生活支援事業受給者証番号
.....

(申請先) 茨木市福祉事務所長

茨木市入院時コミュニケーション支援事業について申請します。

申請者	フリガナ		申請日	年 月 日
	氏 名	性別	生 年 月 日	
	住 所	個人番号： 〒	男・女	年 月 日
		電話番号		
現在利用中のサービス事業名 と 契約事業者名 *全て記入				
コミュニケーション支援 事業者名		支援事業者名		
		連絡先 ()		
		支援事業者名		
		連絡先 ()		
		支援事業者名		
		連絡先 ()		
かかりつけ医療機関		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *「あり」の場合、医療機関を記入してください。 (医療機関名)		
申請(変更)理由				

聴き取り内容及びサービスの支給決定内容について、サービス利用契約を締結した指定事業者及び施設から求めがある場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供することに同意します。

氏名 _____

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ	.....	申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

様式第2号（第5関係）

茨木市入院時コミュニケーション支援事業 委任状兼承諾書

甲は、茨木市入院時コミュニケーション支援事業に係る給付の請求・受領に関する権限を乙に委任します。

また、乙は、甲が入院した際、コミュニケーション支援事業者としてコミュニケーション支援員を派遣し、茨木市入院時コミュニケーション支援事業を実施することに承諾します。

（提出先）茨木市福祉事務所長

年 月 日

甲（委任者）※利用者

住所 _____

氏名 _____

乙（受任者）※事業者

住所 _____

事業者名 _____

代表者職氏名 _____

様

茨木市福祉事務所長



地域生活支援事業支給決定通知書

年 月 日に申請のありました地域生活支援事業支給申請書兼変更等申請書について、次のとおり決定し、受給者証を交付しますので、通知します。

受給者証番号	支給決定障害者(保護者)氏名
支給決定年月日	支給決定に係る障害児氏名

支給決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給量	有効期間
特記事項			

(教示)

- この処分について不服がある場合には、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、茨木市長に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、茨木市を被告（茨木市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合は、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

年 月 日

様

茨木市福祉事務所長 印

地域生活支援事業不支給決定通知書

年 月 日に申請のありました地域生活支援事業支給申請書兼変更等申請書については、次の理由により不支給と決定しましたので通知します。

1 申請事項

2 不支給の理由

(教示)

- | |
|---|
| <p>1 この処分について不服がある場合には、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、茨木市長に対して審査請求をすることができます。</p> <p>2 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、茨木市を被告（茨木市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合は、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。</p> |
|---|

(一)

地域生活支援事業受給者証

受給者証番号									
支給決定障害者等	居住地								
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
児童	フリガナ								
	氏名								
	生年月日								
交付年月日		年 月 日							
支給市町村名 及び 印		2 | 7 | 2 | 1 | 1 | 2							
		茨木市福祉事務所長 茨木市駅前三丁目 8-13 TEL 072-620-1636						印	

(二)

支給決定の内容

移動支援	支給 決定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	支給量等	
	利用者 負担割合	
地域活動支援センター	支給 決定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	支給量等	
	利用者 負担割合	
日帰りショートステイ	支給 決定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	支給量等	
	利用者 負担割合	

(三)

支給決定の内容

訪問入浴サービス	支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	支給量等	
	利用者負担割合	
入院時コミュニケーション支援	支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	支給量等	
	利用者負担割合	
利用者負担上限月額		
特記事項欄		
予備欄		

(四) — 1

番号	移動支援サービス事業所記入欄		
	1	事業者及びその事業所の名称	
サービス内容			事業所確認印
契約支給量		月 時間 分	
契約日		年 月 日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日		年 月 日	事業所確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業所確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業所確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

番号	移動支援サービス事業所記入欄		
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業所確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
5	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業所確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
6	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業所確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(四) - 1

番号	移動支援サービス事業所記入欄		
7	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業所確認印	
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
8	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業所確認印	
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
9	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業所確認印	
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

番号	地域活動支援センター事業所記入欄
----	------------------

1	事業者及びその事業所の名称			
	契 約 日	年 月 日		
	サービス内容			
	..... 契約支給量(／月)			
	事業所確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		
	サービス内容			
	..... の 終了日までの既提供量			
事業所確認印				

2	事業者及びその事業所の名称			
	契 約 日	年 月 日		
	サービス内容			
	..... 契約支給量(／月)			
	事業所確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		
	サービス内容			
	..... の 終了日までの既提供量			
事業所確認印				

番号	地域活動支援センター事業所記入欄		
3	事業者及びその事業所の名称		
	契約日	年 月 日	
	サービス内容		
	..... 契約支給量(／月)		
	事業所確認印		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	
	サービス内容		
	サービス提供終了日 の 終了日までの既提供量		
事業所確認印			
4	事業者及びその事業所の名称		
	契約日	年 月 日	
	サービス内容		
	..... 契約支給量(／月)		
	事業所確認印		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	
	サービス内容		
	サービス提供終了日 の 終了日までの既提供量		
事業所確認印			

(六) — 1

日帰りショートステイ事業所記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業所確認印
1		年 月 日			
2		年 月 日			
3		年 月 日			
4		年 月 日			
5		年 月 日			
6		年 月 日			
7		年 月 日			
8		年 月 日			
9		年 月 日			
10		年 月 日			
11		年 月 日			
12		年 月 日			
13		年 月 日			
14		年 月 日			
15		年 月 日			

(六) — 2

日帰りショートステイ事業所記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業所確認印
16		年 月 日			
17		年 月 日			
18		年 月 日			
19		年 月 日			
20		年 月 日			
21		年 月 日			
22		年 月 日			
23		年 月 日			
24		年 月 日			
25		年 月 日			
26		年 月 日			
27		年 月 日			
28		年 月 日			
29		年 月 日			
30		年 月 日			

(六) — 3

日帰りショートステイ事業所記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業所確認印
31		年 月 日			
32		年 月 日			
33		年 月 日			
34		年 月 日			
35		年 月 日			
36		年 月 日			
37		年 月 日			
38		年 月 日			
39		年 月 日			
40		年 月 日			
41		年 月 日			
42		年 月 日			
43		年 月 日			
44		年 月 日			
45		年 月 日			

(六) — 4

日帰りショートステイ事業所記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業所 確認印
46		年 月 日			
47		年 月 日			
48		年 月 日			
49		年 月 日			
50		年 月 日			
51		年 月 日			
52		年 月 日			
53		年 月 日			
54		年 月 日			
55		年 月 日			
56		年 月 日			
57		年 月 日			
58		年 月 日			
59		年 月 日			
60		年 月 日			

日帰りショートステイ事業所記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業所確認印
61		年 月 日			
62		年 月 日			
63		年 月 日			
64		年 月 日			
65		年 月 日			
66		年 月 日			
67		年 月 日			
68		年 月 日			
69		年 月 日			
70		年 月 日			
71		年 月 日			
72		年 月 日			
73		年 月 日			
74		年 月 日			
75		年 月 日			

(七)

番号	訪問入浴サービス事業所記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	契約日	年 月 日
	サービス内容	
	..... 契約支給量	
	事業所確認印	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス内容	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
	事業所確認印	
2	事業者及びその事業所の名称	
	契約日	年 月 日
	サービス内容	
	..... 契約支給量	
	事業所確認印	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス内容	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
	事業所確認印	


(八)

番号	入院時コミュニケーション支援事業所記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業所確認印	
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業所確認印	
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業所確認印	
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業所確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

注意事項

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 地域生活支援事業の各サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業所に提出してください。
- 3 地域生活支援事業の各サービス(訪問入浴サービスを除く。)を受けるときに支払う金額は、サービスに要した費用(食費等を除く。)の1割です。ただし、三面の利用者負担上限月額欄に記載された金額が1月当たりの上限になります。
- 4 支給決定期間を経過したときは、地域生活支援事業の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、茨木市にこの証を添えて、支給の更新の申請をしてください。
- 5 支給量の変更をする必要がある場合は、支給量の変更の申請をすることができます。
- 6 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、茨木市に変更の申請をしてください。
- 7 支給決定期間内に、居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、茨木市にご連絡、ご相談ください。また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、茨木市に届け出てください。
- 8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに申請して、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、茨木市に連絡をしてください。
- 9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を、茨木市に返してください。
- 10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 11 支給決定の内容欄に記載されていない地域生活支援事業の各サービスについては、利用できません。

様

茨木市福祉事務所長 

地域生活支援事業支給変更決定通知書


障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第77条の規定に基づき次のとおり決定し、通知します。

受給者証番号	|||||	支給決定障害者 (保護者)氏名	
変更年月日		支給決定に係る 障害児氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		
特記事項			

(教示)

- この処分について不服がある場合には、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、茨木市長に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、茨木市を被告（茨木市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合は、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様

茨木市福祉事務所長 

地域生活支援事業支給決定取消通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第77条の規定により、次のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

受給者証番	|||	支給決定障害者 (保護者)氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 障害児氏名	
取消理由			

(教示)

- 1 この処分について不服がある場合には、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、茨木市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、茨木市を被告（茨木市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合は、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様式第8号（第15関係）

茨木市入院時コミュニケーション支援事業利用開始（変更）届

（新規・更新・変更）

地域生活支援事業受給者証番号									

（届出先） 茨木市福祉事務所長

茨木市入院時コミュニケーション支援事業の利用を開始（変更）することを次のとおり届け出ます。

		申請年月日		年	月	日
申請者	フリガナ		性別	生 年 月 日		
	氏 名		男・女	年 月 日		
	居 住 地	〒				
		電話番号				
入院情報	医療機関／科名					
	入院日	年	月	日	退院予定日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 予定 <input type="checkbox"/> 未定
コミュニケーション支援事業者名	支援事業者名					
		連絡先 ()				
	支援事業者名					
		連絡先 ()				
	支援事業者名					
		連絡先 ()				
*医療機関記入欄	上記利用者から依頼のあったコミュニケーション支援員の受け入れを承諾します。					
		年 月 日				
	医療機関名					
	記入者 (職種等は問いません。)					
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (1回の入院につき入院日から30日まで)					
利用期間（31日目以降） を超え利用を希望する場合	利用期間：	年	月	日	~	年 月 日
	その理由：					
備考						

*利用期間（31日目以降）を超え利用を希望する場合、利用開始届を再度ご提出ください。

*変更の場合、変更箇所のみご記入ください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

茨木市入院時コミュニケーション支援事業利用終了届

地域生活支援事業受給者証番号
.....

（届出先） 茨木市福祉事務所長

茨木市入院時コミュニケーション支援事業の利用を終了することを次のとおり届け出ます。

		申請年月日	年	月	日
申請者	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	年 月 日	
	居 住 地	〒 電話番号			
退院先	医療機関／科名				
	退院日	年 月 日			
備考					

*退院後おおむね1週間以内にご提出ください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申請者 との関係
氏 名		
住 所	〒 電話番号	