

生活援助事業利用登録申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人開成町社会福祉協議会長 様

住 所

申請者 氏 名

電 話

利用対象者との続柄

軽度生活援助事業の利用登録について次のとおり申請します。

利用対象者	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	住 所	開成町 (地区) 電話		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (満 歳)		
	会員種別	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員		
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 独居高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> その他 ()		
	申請理由			
	身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種 級)		
	介護認定	<input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 → → → 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
	緊急連絡先	(氏名) (電話番号) 利用対象者との続柄 ()		
サービスの 希望内容	派遣回数 週当 時間 × 回 希望曜日 / 月 火 水 木 金			
	開始年月日 平成 年 月 日 ()			
	主な業務内容			
利用料請求先	<input type="checkbox"/> 申請者へ請求 <input type="checkbox"/> 利用者へ請求 <input type="checkbox"/> その他へ請求 請求先：〒 氏名 (利用者との続柄) 電話番号			
備 考 (家族構成・障がい者手帳の有無等・居宅介護支援事業所)				