

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)					