

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会会長 様

住 所 恵庭市
ふりがな
氏 名

印

電話番号 ー

(利用者との関係：)

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会在宅高齢者等配食サービス利用申請書

次により、配食サービスの利用を申し込みます。

審査事項の 確認方法		<input type="checkbox"/> 自分で証明書（住民票）を用意して添付する。			
		<input type="checkbox"/> 恵庭市からの住民基本台帳、介護認定、障害種別等級の情報提供に同意する。			
申込理由					
利用者 の	ふりがな 氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日(満 歳)			
	住 所	恵庭市		(電話番号 ー)	
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他()			
希望コース		<input type="checkbox"/> 週3日コース(○月・水・金 ○火・木・土) <input type="checkbox"/> 毎日コース			
サービス開始希望日		年 月 日			
身体状況		概要(病名等)			
		治療状況	医療機関名		受診状況
主たる介護者 又は緊急連絡先		氏名		年齢	歳
		住所			電話番号

※下の欄は記入しないで下さい。

決 裁	局 長	次 長	課 長	主 査	スタッフ	審査の結果、サービス提供を決定 (却下)してよろしいか伺います。 年 月 日

