

様式第1号

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会ひとり暮らし高齢者訪問サービス事業申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会会長 様

住所

申請者

氏名

印

次により、社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会ひとり暮らし高齢者訪問サービス事業の実施を受けたいので申請します。

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。			
対象者	住所		電話	-	
	氏名		性別	男・女	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
申請の理由		<input type="checkbox"/> 65歳以上のひとり暮らし高齢者世帯である。 <input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満のひとり暮らし身体障害者世帯である。			
緊急連絡先	氏名		年齢	歳	性別 男・女
	住所		電話番号	-	
	対象者との関係				
備考					

※下の欄は記入しないで下さい。

審査	世帯状況	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	安否確認	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否				
	確認年月日	令和 年 月 日	確認者氏名	印				
	結果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	却下理由					
審査の結果、対象者として適当(不適当)と認め たので、決定(却下)してよろしいか伺います。 令和 年 月 日			決	局 長	次 長	課 長	主 査	ス タ ッ フ
			裁					