

様式第1号（第4条、7条関係）

社会福祉法人幸田町社会福祉協議会見守り配食事業〔 新規・継続 〕申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人幸田町社会福祉協議会会長 様

下記のとおり、申請します。

私は、サービスの提供に必要な情報を関係機関に提供することを同意します。

フリガナ 氏名				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生（ 歳）
住所	〒444-01 幸田町大字 字			
電話番号				
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者・障害者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ※隣接地に2親等以内の親族が居住している場合は対象外です。			
要介護度等	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 （有効期間 年 月 日～ 年 月 日） 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号

居宅介護支援事業所職員、地域包括支援センター職員、相談支援事業所職員等の確認  
上記の申請内容について確認しました。

事業所名

電話番号

担当者名