

様式第1号（第6条関係）

社会福祉法人小川町社会福祉協議会おたすけサービス事業利用申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人小川町社会福祉協議会
会長 松本恒夫 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ ㊟

電 話 _____ (_____) _____

利用者との続柄 _____

小川町社会福祉協議会おたすけサービス事業の利用を申請いたします。

利用者	(フリガナ)		生年月日	明治	年	月	日
	氏 名			大正			
			昭和				
	住 所						
	電話番号						
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
備考							

社会福祉法人小川町社会福祉協議会指定訪問介護事業所が管理する個人情報を使用することに同意いたします。

利用者又は代理人 _____ ㊟
(代理人の場合は続柄 _____)