

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

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	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。 年 月 日			決	局 長	次 長	課 長	主 査	ス タ ッ フ
			裁					