

様式1号 安心福祉箱（通称 ふれあい福祉箱）利用申請書

平成 年 月 日

福智町社会福祉協議会
会長 白石 勝彦 様

| | | |
|-----|---------|---|
| 申請者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| | 電話 | |
| | 利用者との関係 | |

上記の事業を利用したく、下記のとおり申請します。

下記項目にもれなくご記入下さい。

| | | | | | |
|-----|------------|-----------------------------|---------|-----|-----|
| 利用者 | 氏名 | | 印 | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | (明治・大正・昭和) | 年 月 日生 | 年齢 | |
| | 住所 | 福智町 | | 駐在名 | |
| | 電話 | | | | |
| | 世帯状況 | (一人暮らし・その他) その他の場合は理由() | | | |
| | 身体障害者手帳の有無 | 無 ・ 有 | 有の場合() | | 級) |

| | | | | |
|----------|-------------------------------------|--|----|--|
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | | 電話 | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | | 電話 | |
| | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | | 電話 | |
| かかりつけ病院 | 病院名 | | 電話 | |
| | 住所 | | | |
| | 病院名 | | 電話 | |
| | 住所 | | | |
| 地区担当民生委員 | | | | |
| 地区担当福祉委員 | | | | |
| 介護保険認定申請 | (未・済) 済の場合(認定結果 要支援()・要介護()) | | | |
| 介護保険利用状況 | (未利用・利用中) サービス名() サービス名() | | | |