

(様式第1号)

社会福祉法人甲州市社会福祉協議会 高齢者テレホンサービス利用申請書

年 月 日

甲州市社会福祉協議会 会長 宛

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話 \_\_\_\_\_

次のとおり、テレホンサービスの利用を申請します。

対象者	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日	歳
	住 所	甲州市 ☎			
身体状況					
家庭状況					
利用希望日	月・火・水・木・金 (希望の曜日に○)			週 回	
	初回利用希望日	年 月 日 ( 曜日) から			
緊急連絡先	氏名		電話番号		
	住所			利用者との関係	
緊急連絡先	氏名		電話番号		
	住所			利用者との関係	
担当民生委員	氏名		電話番号		
	住所				
担当ケアマネージャー等関係者	事業所名		電話番号		
	担当者				
ヘルパー派遣	事業所名		電話番号		
	利用日	月・火・水・木・金・土・日 (利用の曜日に○)			週 回
デイサービス	事業所名		電話番号		
	利用日	月・火・水・木・金・土・日 (利用の曜日に○)			週 回
その他・備考					

社協記入欄

利用の可否	可・否	利用決定年月日	年 月 日
特記事項			