

サービス利用申込書

平成 年 年 日

住所	中川村 番地
氏名	(続柄)
電話	

生活支援サービスを利用したいので、申し込みします。

ふりがな	生 年 月 日			性別
利用者氏名	印	明治 大正 昭和	年 月 日 (才	男・女
利用希望の理由				
利用希望曜日	曜日 又は 随時			
利用希望時間	: ~ : (1回当たりの利用時間 分)			
☆ 利用者の身体の状況(該当するものに○をつけて下さい。)				
聴力	・ 十分聞こえる ・ 静かでないと聞こえない			
視力	・ 十分見える ・ 大きな字なら見えるが、新聞や本の字は見えにくい			
食事	内容や量の制限 ・ ない ・ ある () 嫌いな食べ物 ・ ない ・ ある () 歯の状態 ・ 何でも噛める ・ 固い物は噛めない			
現在治療中の病名	・ 高血圧症 ・ 心臓病 ・ その他			
薬の服用	・ ない ・ ある ()			
今までにかかった病気				
☆ 現在受診している医療機関				
医療機関	病院・医院・診療所			
☆ 普段の生活の様子				
(趣味や運動など)				
☆ 家族の状況及び緊急時の連絡先				
家族の氏名	続 柄	緊急時の連絡先(勤務先、TEL、携帯)		

※利用上の注意事項

- [1] 利用料は200円/10分です。利用料の徴収は月単位で行います。口座振替のご協力をお願いします。
- [2] 利用日の3日前までに申し込んで下さい。

社協記入欄

決裁

局長	次長	居宅	いわゆり	ヘルパー	事務局