小離島地区高齢者自立支援事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）五島市長

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　印

電話番号

小離島地区高齢者自立支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 世帯の状況 | □　単身世帯　□　高齢者のみの世帯　□　その他（　　　） |
| 利用しようとする事業の種類 | □　小離島高齢者通所事業　□　小離島高齢者配食事業 |
| 希望する内容 | 　　　　年　　月　　日から実施開始希望実施する曜日（日　月　火　水　木　金　土　曜日） |
| 利用者の緊急時連絡先 | 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | 続柄 |  |
| ケアプラン・介護予防プランの有無 | 有・無 | 作成者 |  | 事業所 |  |
| 備考 |  |