

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
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	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用しようとする 事 業 の 種 類	<input type="checkbox"/> 小離島高齢者通所事業 <input type="checkbox"/> 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						