

富士見町社会福祉協議会 会長 様

暮らしサポート・富士見  
利用会員登録申込書

社会福祉法人富士見町社会福祉協議会が実施する暮らしサポート・富士見事業の利用をするため、下記のとおり申し込みます。

申込者	住所	富士見町 (行政区 )			電話携帯	—
	ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
代理人	住所				電話携帯	—
	氏名				申込者 との関係	
緊急時の連絡先		氏名	(続柄)	電話	—	
介護保険制度の利用		有・無	担当ケア マネジャー			
協力してくれそうな方の氏名 (いらっしゃれば)						
支援してもらいたい事		※送迎支援の希望の場合は保険加入をして頂きます				
特記事項 (コーディネーター 記入) 受付者名:		保険対応 有・無				

※記載された個人情報本事業の目的以外に使用されることはありません。

以下事務局使用欄

※コピーを申込者控えとする。

決裁	会長	局長	次長	所長	係長	担当	意見	※ 承認・非承認・保留