

様式第 1 号

受付第 号

令和 年度 訪問カットサービス申請書

年 月 日

社会福祉法人笠間市社会福祉協議会長 様

申請者
住 所

氏 名 ⑩

訪問カットサービスを利用したいので下記のとおり申請します。

記

ふりがな 氏 名		男・女	生 年 月 日	M S T H	年 月 日 (歳)
住 所	笠間市		電 話		
世帯状況	独 居 ・ 昼間独居 ・ 高齢世帯 ・ その他 ()				
身体状況	座位の確保 可 ・ 不可 (寝たきり)				
注意事項					
立会人氏名		電 話		関 係	
日程調整のた めの連絡先		電 話		関 係	
担当ケアマネ		電 話			

※ 本会は、あらかじめ明示した範囲及び法令等の規定に基づく場合を除いて、個人情報事前に本人の同意を得ることなく外部に提供しません。

担 当 者