

生活支援パートナー派遣事業申請書兼登録書

令和 年 月 日

社会福祉法人
六戸町社会福祉協議会長 殿

住 所 六戸町大字 _____

世帯主氏名 _____ 印

電 話 番 号 _____

生活支援パートナー派遣事業を利用したいので、下記のとおり申請し登録します。

記

ふりがな		性 別	生 年 月 日			
利用者氏名		男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
希望する支援						
希 望 日	月 日から利用希望	希望時間	時 分～ 時 分			
身 体 状 況						
同 居 家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	氏 名	続 柄	年 齢
介護保険状況	要支援 () ・ 要介護 () ・ 申請中 ・ 未申請					
事 業 所 名						

※ 利用にあたり、道具等が必要な場合は利用者側で準備くださるようお願いします。

事務局記入欄	会員の有無	会員・非会員 ()			
決 定 年 月 日	決 裁	事務局長	事務局次長	係長・管理者	職 員
令和 年 月 日					