

福祉電話事業利用申請書

(宛先)

社会福祉法人春日井市社会福祉協議会

会 長 早川 利久

住所

申請者

氏名

(対象者との関係)

福祉電話事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所			
	フリ 氏 ガナ 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	

緊急連絡先①

住 所	電話番号		
フリ 氏 ガナ 名		続柄	

緊急連絡先②

住 所	電話番号		
フリ 氏 ガナ 名		続柄	

利用希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
--------	-------------------

個人情報の取扱いについて

私及び世帯構成員は、春日井市社会福祉協議会が私たちの個人情報を私たちを支援する目的でのみ、地域の担当民生委員、地域包括支援センター及び居住地の地区社会福祉協議会等の関係機関へ提供することに同意します。

対象者氏名

住宅	自家	借家	アパート	間借り	
建物の構造	木造	鉄筋	平屋	長屋	二階建て
生保受給	有 ・ 無				
主治医					
身体の状況	介護度等 ()				
生活の状況	問題なし・その他 ()				
現状 (困りごとなど)					
世帯員の状況	氏名	年齢	続柄	身体の状況及び介護度	
民生委員	電話番号				
地域包括支援センター	事業所名 担当者 電話番号				
居宅介護支援事業所	事業所名 担当者 電話番号				
備考					