

様式第1号

北秋田市介護予防・地域支え合い事業給付申請書

年 月 日

北秋田市長 様

(申込者)

住 所

氏 名

印

利用者との続柄

電 話

北秋田市介護予防・地域支え合い事業に係る福祉サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

サービス利用者	住 所	北秋田市		電話	
	氏 名		性別		
	生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)			
希 望 す る 福 祉 サ ー ビ ス (※サービスを希望する番号に○を してください。)	(1) 外出支援サービス (2) 生きがい活動支援通所 (3) 生活管理指導員派遣 (4) 生活管理指導短期宿泊 (5) 食の自立支援 (6) 家族介護用品支給 (7) あんしん電話				
福 祉 サ ー ビ ス 希 望 の 理 由					
摘要					