

## 「見守りボランティア弁当」申込書

五島市社会福祉協議会 会長 様						申込日：令和 年 月 日
ふりがな 申込者氏名	男 ・ 女	生年 月日	大正・昭和 年 月 日  ( 才 )			
住 所	五島市		町内会名			
電話番号	担当民生委員名		氏名：	電話：		
緊急連絡先（訪問時不在で安否が確認できない場合や緊急時にご連絡をさせていただきます。）						
氏 名			電 話			続柄
在宅サービス 利用状況	通所介護（デイ）		訪問介護（ヘルパー）		その他	
	（ 週 回 曜 日 ）		（ 週 回 曜 日 ）		（ 週 回 曜 日 ）	
	担当ケアマネ		お名前：		所属：	
申込理由	<p>該当する項目に<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>65歳以上の一人暮らしのため、見守りを希望します。</p> <p><input type="checkbox"/>その他、下記の理由で見守りを希望します。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>					
社協 決裁 欄	会 長	局 長	課 長	係長・主任	係 員	担当者

利用開始日	年 月 日	利用終了日	年 月 日
-------	-------	-------	-------