

住民課担当	社協担当

松川町高齢者いきがいデイサービス利用申請書

平成 年 月 日

松川町長 殿

申請者 住所 〒399 - 松川町 自治会
 氏名 _____ 続柄 (_____)
 電話番号 _____

利用者	ふりがな				性別	男 ・ 女	
	氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	
	住所	〒399- 松川町 自治会 電話番号					
家族の状況	氏名	続柄	性別	年齢	勤務先・勤務先電話番号		
緊急時の連絡先		氏名			電話	(_____)	
		所在地			携帯電話		
病歴							
現在治療中の疾病							
係りつけ医		(担当医 _____)					
		(担当医 _____)					
		(担当医 _____)					
緊急時の医療機関							
服薬状況	朝						
	昼						
	夜						
	その他						

送迎方法	* いずれかに をつけてください。(いつでも変更は可能です)	
	・送迎バス ・マイカー	・福祉バス ・徒歩 ・その他()
車 酔 い	・有り	・無し
入浴の希望	・有り	・無し
趣味・特技		
出張デイサービス でやってみたい事		
特記事項		
現住所の略図	民生委員意見欄	
	1. 適当である	
	2. 不適當である	
		民生委員氏名 印

* 処 理 欄	サービス利用	1. 可		2. 否	
	サービス開始日	平成	年	月	日
	サービス中止日	平成	年	月	日

処理欄については記入しないでください。