

船橋市声の電話訪問利用申請書

船橋市長

あて

年 月 日

船橋市声の電話訪問事業を利用したいので、申請します。

1. 申請者

フリガナ	フナバシ タロウ	生年 月 日	明治 大正 〇〇年 〇〇月 〇〇日 昭和
氏名	船橋 太郎		
住所	船橋市本町〇〇-〇〇	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
介護認定	無 ・要支援 ()・要介護 ()	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
身体障害	無 ・身体障害者手帳 () 級		
ケアマネジャー	事業所 () 電 話		

2. 声の電話訪問の利用希望日 (希望する曜日を○で囲って下さい。)

曜 日	月曜日 水曜日 金曜日
-----	---------------------------

3. 緊急連絡先 (親族や近所の方等確実に連絡がとれる方を記入して下さい。)

連絡先 1	氏名 船橋 一郎	利用者との関係 (長男)
	住所 船橋市湊町〇〇-〇〇	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
連絡先 2	氏名	利用者との関係 (次男)
	住所 船橋市本町〇〇-〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
連絡先 3	氏名	利用者との関係 ()
	住所	

利用者との連絡がつかない場合、緊急連絡先の方に状況確認および引継を行います。
必ず最低 1 名記入してください。

4. 身体状況等 (持病や心身の障害の状況について記入して下さい。)

高血圧、喘息、めまい等

5. 趣味・嗜好等 (趣味や楽しみにしていること等を記入して下さい。)

囲碁、将棋等

次の内容に同意される場合、□にチェックを入れてください。

□ 本申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、住民基本台帳及び要介護認定等を確認することについて、同意します。

提出者	氏 名	船橋 一郎	申請者との関係	長男	
	住 所	申請者と提出者が異なる 場合のみ記入			
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			

□に✓があるか確認
ない場合は、同意を確認のうえ、☑をしてください