

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		生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日
氏名						
住所		電話番号	()			
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	利用者との関係 ()
	住所	電話
連絡先 2	氏名	利用者との関係 ()
	住所	電話
連絡先 3	氏名	利用者との関係 ()
	住所	電話

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。)

--

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。)

--

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			
	住 所			
	電話番号		申請者との関係	

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	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
住所	船橋市本町〇〇-〇〇	介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・要支援 ()・要介護 () 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日
ケアマネジャー		身体障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無・身体障害者手帳 () 級
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 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 船橋 二郎	利用者との関係 (次男)
	住所 船橋市本町〇〇-〇〇	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
連絡先 3	氏名	
	住所	

※記入必須
(最低1名記入してください)
 訪問日に利用者と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。

4. 身体状況等 (持病や心身の障害の状況について記)

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 **ご確認のうえ、☑してください。** さい。
 本申請、
 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇、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	住所	電話番号	申請者との関係	長男
	申請者と提出者が異なる場合のみご記入ください。				
			〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		