

船橋市声の電話訪問利用申請書

船橋市長

あて

年 月 日

住所 〒
申請者 氏名
電話番号
利用者との関係

船橋市声の電話訪問事業を利用したいので、申請します。

また、船橋市声の電話訪問事業利用申請にあたり、要件確認等のために必要に応じて、利用者の住民基本台帳、要介護認定等を確認することについて、(代理申請にあっては、利用者より了承を得たうえで)同意します。

なお、当申請に係る諸問題が発生した場合には、私が責任をもって対処することを約束します。

1. 利用者

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。)

--

船橋市長

あて

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 〒	〇〇〇-〇〇〇〇 船橋市〇町〇-〇〇-〇〇
申請者 氏名	船橋 太郎
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
利用者との関係	本人

船橋市声の電話訪問事業を利用したいので、申請します。

また、船橋市声の電話訪問事業利用申請にあたり、要件確認等のために必要に応じて、利用者の住民基本台帳、要介護認定等を確認することについて、(代理申請にあっては、利用者より了承を得たうえで)同意します。

なお、当申請に係る諸問題が発生した場合には、私が責任をもって対処することを約束します。

1. 利用者

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	船橋市〇町〇-〇〇-〇〇
		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△町〇-〇〇-〇〇	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□町〇-〇〇-〇〇	電話 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
