

寒川町介護予防・生活支援サービス利用（変更）申請書

年 月 日

（あて先） 寒川町長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電 話 _____（ ）_____

利用者との続柄 _____

次のとおり介護予防・生活支援サービスの利用（変更）を申請します。

利 用 者	ふりがな				性別	
	氏 名					
	生年月日	年 月 日（ 歳）			電話	
	住 所					
	緊急連絡先	氏名			電 話	
ご希望のサービスに○をつけてください	生活管理指導短期宿泊（養護老人ホーム）		※診断書が必要となる場合があります。			
	利用期間	年 月 日から			年 月 日まで	
	給食サービス					
緊急通報システム貸与						
利用（変更）の申請理由						<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター 受付印
家 族 状 況	氏 名	年齢	続柄	職業等		

私は、町が委託するサービス提供事業者へこの申請書に記載した情報を提供することについて同意します。

利用者氏名 _____