

在宅高齢者保健福祉推進支援事業利用登録申請書

年 月 日

恵那市福祉事務所長様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

利用者との続柄

恵那市在宅高齢者保健福祉推進支援事業の利用登録をしたいので、恵那市在宅高齢者保健福祉推進支援事業実施細則に基づき申請します。

利用者	住 所 恵那市	
	氏 名	年 月 日生
個人番号		

登録を希望する事業にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 寝具消毒乾燥サービス事業	※ 所見記入欄		
<input type="checkbox"/> 高齢者短期入所事業			
<input type="checkbox"/> 介護用品購入事業			
<input type="checkbox"/> 訪問理容サービス事業			
<input type="checkbox"/> 訪問美容サービス事業			
緊急時 連絡先	住 所	氏 名	電話番号

(注) 高齢者短期入所事業の申請には、医師の健康診断書を添えてください。