

在宅高齢者保健福祉推進支援事業利用申請書

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を利用したいので、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。

登録番号			
利用者	住 所 恵那市		
	氏 名	年	月 日生

事 業 名	利用希望年月日
<input type="checkbox"/> 寝具消毒乾燥サービス事業	年 月 日から
<input type="checkbox"/> 高齢者短期入所事業	年 月 日から 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 介護用品購入事業	月分
<input type="checkbox"/> 訪問理容サービス事業	年 月 日から
<input type="checkbox"/> 訪問美容サービス事業	年 月 日から

(注) 申請の際は、利用登録決定通知書を提示してください。

受付欄		
-----	--	--