【サロンで受付】

補助金申請時に名簿と合わせてご提出ください。

区通所型サービス・活動 B 利用申込書

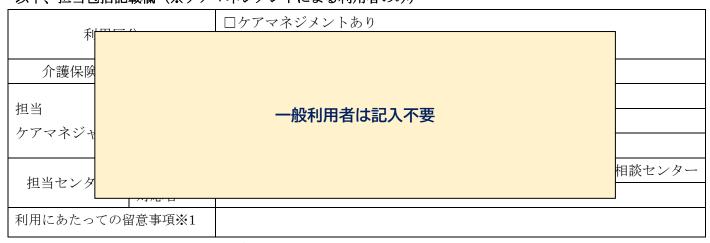


太枠部分のみ記載してください。

ふりがな		としま	はなこ	生年	T ·(S)	●年●月●日
	名	豊島	花子	月日	(年齢	75 歳)
住 所		豊島区 南池袋 2-45-1				
電 話		03-4566-2435				
緊急連絡先	1	氏名: 豊島 太郎			続柄:	長男
		住所:	豊島区南池袋 2-45-1	電話:	012-345	6-7890
	2	氏名: 豊島 優子		続柄: 妹		
		住所:	豊島南池袋 2-45-1	電話:	098-765	4-3210
利用内容	団体名	ななまるサロン				
	利用開始日	令和●年 ●月 ●日				
利用にあたっての目標		・サロンで体操を行い、健康を維持すること。				
		・足腰の筋力をつけて旅行に行けるようになること。				
担当ケアマネジャーの有無		□担当ケアマネジャーがいる				

※担当ケアマネジャーとは、要支援等の認定のある方のサービス利用のための連絡・調整をする職員のことです。

以下、担当包括記載欄(※ケアマネジメントによる利用者のみ)



※1 食事のアレルギーや塩分制限、身体状況 (腰痛や麻痺)等で留意すべき事項を記載してください。 重篤なアレルギー等の配慮が必要な場合は、会食はお断りすることがあります。

(同意欄) 上記記載の個人情報は高齢者福祉課、高齢者総合相談センター及び 通所型サービス・活動 B 実施団体に共有する旨同意する。

必ず本人同意欄に 署名をもらってください。

令和●年 ●月 ●日 署名 豊島 花子