

【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。

令和●年●月●日

記入日の日付

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 氏 名	としま はなこ 豊島 花子	生年 月 日	T・S ●年●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： 012-3456-7890
	2	氏名： 豊島 優子	続柄： 妹
		住所： 豊島南池袋 2-45-1	電話： 098-7654-3210
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はいない		

※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）

利用開始日	☐ ケアマネジメントあり
介護保険	一般利用者は記入不要
担当 ケアマネジャー	
担当センター	
利用にあたっての留意事項※1	

※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。

令和●年●月●日 署名 豊島 花子

必ず本人同意欄に
署名をもらってください。