

在宅福祉サービス利用会員登録申込書

会員番号 NO.
平成 年 月 日

古河市社会福祉協議会長 様

申請者 〒
住 所 古河市
氏 名
利用者との続柄 ㊦

次のとおり利用会員の申し込みをいたします。

利用者	住 所	〒306 ー 古河市			電話	ー	
	フリガナ				性別	男 ・ 女	
	氏 名						
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日	年齢	歳
家族構成	氏 名	年齢	続柄	氏 名	年齢	続柄	
緊急連絡先	氏 名	続柄	住 所		電 話		
利用者の 主な介添者	氏 名	続柄	住 所		電 話		
かかりつけ の病院				電 話			
現病歴など							
現在の 健康状況							
希望する サービスなど							
利用したい時間							
介護保険・支援 費等利用状況							
備 考							

* 適切なサービスを実施するため、上記個人情報をご記入いただきます。
記入いただきました個人情報は、この事業の目的のため以外には使用いたしません。