

別記第1号様式（第3条）

「おたがいさま」サービス依頼受付票

年 月 日

申請者 住所

氏名

対象者との続柄（ ）

電話番号 _____

受付年月日	令和 年 月 日	受付者	
利用者 氏名		生年月日： T・S 年 月 日生 (歳)	男・女
住所	栄町		
連絡先	自宅：	携帯：	
対象	<input type="checkbox"/> 70歳以上の一人暮らし または 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居（ ） <input type="checkbox"/> 障がい者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 乳幼児 または 妊産婦のいる世帯 <input type="checkbox"/> その他 支援が必要と認める世帯（ ）		
依頼内容			
緊急連絡先	住所		
	氏名 (続柄)		
	電話番号 携帯： 自宅：		

※申請者となる方は、社会福祉協議会事務局が行う利用予定者との調整及び事業の円滑な実施に協力するものとする。