

(様式 1)

ゴーイングサービス (緊急時安否確認事業)
利用申請書

熊野市社会福祉協議会 会長 様

申請者 氏 名 _____ 印
住 所 _____
対象者との関係 _____
電 話 番 号(自宅) _____
(携帯) _____

以下のとおり申込みいたします。

対象者	氏 名		
	住 所	熊野市	
	電話番号	(自宅) _____ (携帯) _____	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	
	健康状態	1. 良好	
		2. 優れない	
		既往症	
かかりつけ医	(医療機関) (主治医名)		
担当ケアマネジャー	(事業所名) (ケアマネ)		

緊急連絡先 (訪問状況の報告先)	氏 名		
	住 所		
	電話番号	(自 宅) _____ (携 帯) _____	

※緊急連絡先について、申請者と同一の場合は記載不要