

さわやか笑顔訪問事業利用申込書

大東市社会福祉協議会会長 様

さわやか笑顔訪問事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	
氏名			大正・昭和	年 月 日 (歳)
住所	大東市			
電話番号	(自宅)	—	—	
	(携帯)	—	—	
介護保険居宅サービスの利用(訪問・通所)	・利用していない		・利用している	
新総合事業(介護予防・生活支援サービス)の利用	・利用していない		・利用している	
大東市の給食サービス利用(民生委員による配食サービスは除く)	・利用していない		・利用している	
特記事項				

緊急連絡先(親族・友人・近所の方)

※必ず1名以上ご記入下さい

	氏名(フリガナ)	続柄	住所	電話番号
1	()			
2	()			

※同意事項

- 介護保険サービス、介護予防・生活支援サービス事業(訪問型、通所型サービス)や大東市が実施する給食サービスの受給状況について調査することに同意します。
- 当事業申請後、私に関する情報をサービス委託業者(千成ヤクルト社)に提供することに同意します。また、緊急時は個人情報に関係機関に提供することに同意します。

なお、関係機関とは、大東市・地域包括支援センター・CSW・民生委員児童委員・校区福祉委員のことです。

申請者(本人)署名 _____ ㊟ (代筆の場合は本人の印鑑が必要です)

(代筆者 _____ 本人との関係 ())