

年 月 日

昭和町長 様

申請者 氏名.....(印)

軽度生活援助事業利用(変更)申請書

軽度生活援助事業を利用(又は変更)したいので、次のとおり申請します。

申請者	住所				
	氏名	利用者との関係 ()			
	電話番号	- -			
利用者	住所	昭和町	対象 ※該当に○	1 一人暮らし老人 2 虚弱老人 3 高齢者世帯等 4 障害者 (65歳以上で日常生活上の援助が必要な者)	
	ふりがな				
	氏名	男・女			
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	電話番号	- -			
利用希望曜日	月・火・水・木・金 週 回		※該当に○,原則週1回		
開始(変更)希望日	年 月 日 () から				
希望時間	時 分~ 時 分 (時間 分) ※原則1時間				
利用希望軽度生活援助内容					

※利用者が入院等となる場合、変更の届出をしてください

様式第2号(第5条関係)

年 月 日

昭和町社会福祉協議会長 様

昭和町長

軽度生活援助事業依頼書

次のとおり利用決定しましたので、通知いたします。

利用者氏名				
利用開始日	年 月 日 () から			
利用決定曜日	月・火・水・木・金 週 回			
利用決定時間	時 分~ 時 分 (時間 分)			
利用料	1回 円 ・ 免除			