年　　　　月　　　　日

　　昭和町長　　様

申請者　氏名　　　　　　　　　　㊞

**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 |