

年 月 日

扶桑町長 様

申請者 住所
氏名

扶桑町認知症高齢者等家族支援サービス利用申請書

次のとおり認知症高齢者等家族支援サービスの利用を申請します。

利 用 者 (家族介護者)	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	対 象 者 続 柄	
	住 所	電 話 F A X				
対 象 者	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	年 齢	
	住 所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> 扶桑町大字 電 話				
	要介護度		認定日	年 月 日		
	認知症の 症 状					
備 考	身 長	cm	体 重	kg		
	その他外見的特徴					

※個人情報提供について

この申請書に記載した各自の個人情報については、サービスを円滑に提供するため、必要最小限の範囲内で、担当民生委員、扶桑町地域包括支援センター及び本事業の委託業者に提供します。