

様式第 1 号（第 5 条関係）

日高市社会福祉協議会カットサービス利用申請書

年 月 日

社会福祉法人日高市社会福祉協議会

会長 大沢 弥 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

カットサービスの利用を申請します。

対 象 者	住 所	日高市
	氏 名	
	電 話 番 号	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
	申請者との続柄	
	介護保険者証 身体障害者手帳	有（要支援 要介護）・ 無 有（ 級） ・ 無
申 請 理 由	身体状況など	

（添付するもの）

介護保険被保険者証コピーの写（それに準ずる写）

受 付	年 月 日
受付番号	