

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

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 | |