

様式第1号(第4条関係)

愛の定期便事業申請書					
事業を必要とする人	氏名		性別	生年月日	
	住所 銚田市			電話	
事業を希望する理由(身体状況, 家庭環境等)	家庭環境等(該当する方に○をつけてください)				
	1. ひとり暮らしである 2. 同居の親族がいるが、親族の保護が期待できない 身体状況等(該当する方に○をつけてください) 1. 70歳以上であり病弱である(病名等: ) 2. 60歳以上70歳未満であり、要介護1以上である				
市内居住の子の有無等	無 ・ 有(健常者 人/障害者 人)				
	市内居住の子の状況				
世帯の状況(同居者のみ)	氏名	年齢	性別	続柄	身体状況
緊急時の連絡先	氏名:			続柄	
	住所			電話	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 銚田市長 様 申請者 氏名: (印) 事業を必要とする人との続柄: 住所 電話					

注1 銚田市愛の定期便事業の利用中に利用者に事故等が発生した場合は、この申請書の記載内容を利用者の保護にかかわる機関(警察, 消防署, 病院等)に通報することがあります。

2 申請書の記載内容の審査には、1箇月程度の期間を要することがあります。