

鎌倉市声かけふれあい収集実施申請書

平成 年 月 日

(あて先) 鎌倉市長

申請者 住所  
 ふりがな  
 氏名  
 電話  
 実施対象世帯との関係

次のとおり申請します。

実施対象世帯住所	鎌倉市				電話				
実施対象世帯の家族状況	氏名		性別 年齢	介護度	介護保険被保険者証の 被保険者番号				身体障害者手帳
	世帯主	ふりがな		男・女	要介護 ( )				級
		生年月日 年 月 日		歳	要支援 ( )				
	同居の家族	続柄	ふりがな		男・女	要介護 ( )			級
			生年月日 年 月 日		歳	要支援 ( )			
		続柄	ふりがな		男・女	要介護 ( )			級
生年月日 年 月 日			歳	要支援 ( )					
申請理由									
緊急連絡先	住所				電話				
	ふりがな 氏名				対象世帯との関係				
	住所				電話				
	ふりがな 氏名				対象世帯との関係				
調査立会人 (連絡先等)	ふりがな 氏名				電話				
	事業所名 (ヘルパー所属の事業所名)				電話				
調査希望日	年 月 日								

次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)				起案日	年 月 日
課長	課長補佐等	担当係長	担当	決裁日	年 月 日
				通知	年 月 日
				公印	年 月 日
決定区分	声かけふれあい収集を <input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない(理由 )			受付番号	