

大牟田市営住宅安心見守り電話サービス事業申請書

平成 年 月 日

大牟田市営住宅管理センター 様

申請者 _____ 市住 _____ 棟 _____ 号

氏 名 _____ (印)

次のとおり、大牟田市営住宅安心見守り電話サービスの利用を申請します。

利用 者	ふりがな			
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生
	電話番号			
	携帯番号			

緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄	住 所	電話番号
医 療 状 況	病院名	病 名		通院状況
				週 回 午前・午後
				週 回 午前・午後

福祉サービス 利用状況	デイサービス (週 回 曜日) 事業所名 _____ 電話番号 _____ ヘルパー (週 回 曜日) 事業所名 _____ 電話番号 _____
実施希望時間帯 (希望の時間帯に○ を付けて下さい)	午後5時 ・ 午後8時 (その他の時間を希望される場合はセンターへご相談ください) *日曜・祝日は行いません。 *安心見守り電話サービス休止期間 年末年始(12/29~1/3)