

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 _____
実施希望時間帯 (希望の時間帯に○ を付けて下さい)	ヘルパー (週 回 曜日)
	事業所名 _____ 電話番号 _____
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)	