

いいあんべー共生事業「福足サービス」利用者申請書

西原町社会福祉協議会会長 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者 自治会名：

氏 名： ⑩

電 話：

西原町社会福祉協議会の『いいあんべー共生事業』福足サービスを受けるにあたり、サービスの実施中、または、実施後に生じた症状等の急変について、当方で一切の責任を負わないことを確約し、次のとおり申請します。

1. 利用者情報

氏 名	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日（ 歳）
住 所	西原町字
電話番号	
緊急連絡先	
	* 緊急時の対処方法があれば記入してください。

2. 運転協力員

氏 名	
-----	--