（様式第２号）

高齢者乳酸菌飲料等宅配サービス利用申込書

令和　　年　　月　　日

伊勢市社会福祉協議会　会長　様

(申込者)

ふりがな

名　前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（男・女）

生年月日　明・大・昭　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳）

　　　　　　　　〒

住　所　伊勢市　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　―

次の該当するところに○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望の飲料 | 牛　　乳（90cc本人負担：一日1本あたり3４円）エーデル（90cc本人負担：一日1本あたり3４円） |
| 親族との連絡頻度 | ・市内の親族はどの程度行き来していますか毎日　・　週に１回から２回　・　月に１回から２回　年に数回　・　全くない　・　市内に親族はいない・市内以外の親族はどの程度行き来していますか毎日　・　週に１回から２回　・　月に１回から２回　年に数回　・　全くない　・　市内以外の親族はいない |
| 福祉サービス（介護保険等）の利用について | 福祉サービスを利用していますか・利用している　　介護事業所名【　　　　　　　　　　　　　　　　　】内　　　　容【　　　　　　　　　　　　　　　　　】　利用頻度　月　　　　回程度・利用していない |
| （緊急連絡先）**親族の連絡先①** | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（関係　　　　　）住所・固定電話・携帯電話・職場の電話 |
| （緊急連絡先）**親族の連絡先②**（近所の方、友達も可能） | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（関係　　　　　）住所・固定電話・携帯電話・職場の電話 |

**民生委員児童委員の意見**民生委員児童委員氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　住所 伊勢市　　　　　　　　　　　　　　　電話

|  |
| --- |
|  |

本所受付　㊞　　　支所受付　㊞

※高齢者乳酸菌飲料等宅配サービスの利用申込みをするにあたり、本人及び緊急連絡先に関する個人情報の提出の確認をお願いします。なお、この個人情報は、高齢者乳酸菌飲料等宅配サービス事業以外には使用しません。