様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

川南町長　様

川南町保健福祉事業利用申請書

川南町保健福祉事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　 | 利用者との関係 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 利用者 | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 生年月日 | （元号）　　年　　　月　　　日 | 年齢 |  | 性別 | 男　　　女 |
| 住　　所 | 川南町大字川南・平田振興班名（　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 治 療 中　　の 疾 患 | 病名（　　　　　　　　　　）病院名（　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　）病院名（　　　　　　　　） |
| 病名（　　　　　　　　　　）病院名（　　　　　　　　） |
| 申請内容 | □運動器の機能維持・向上□交流等によるリフレッシュ活動□介護予防・介護方法の知識や技術の習得□その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |