

年 月 日

ちよっとお助けサービス利用登録申請書

(宛先)
 社会福祉法人 春日井市社会福祉協議会
 会 長 黒 田 龍 嗣

私は、春日井市社会福祉協議会が実施する「ちよっとお助けサービス事業」に利用登録します。

ふりがな			
氏 名		印	
住 所	〒 ー 春日井市		
生年月日	年 月 日 (歳)		
自宅電話番号	() ー		
F A X	() ー		
携 帯	ー ー		
家族構成		続柄	続柄
		続柄	続柄
緊急連絡先	氏名		続柄
	住所		
	自宅電話番号	() ー	
	F A X	() ー	
	携 帯	ー ー	
利用時の留意事項			
個人情報の取扱いについて 私及び世帯構成員は、春日井市社会福祉協議会が私たちの個人情報を私たちを支援する目的でのみ、地域の担当民生委員、地域包括支援センター及び居住地の地区社会福祉協議会等の関係機関へ提供することに同意します。 氏名 _____ 印			

※事務局使用

利用者登録番号	No. () ー () ー ()
---------	---------------------

決裁欄					
局長	次長	課長	課長補佐	主査	担当

事務局使用欄			
区 分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> その他		
民生委員		電話	—
	春日井市		
地域包括支援センター		電話	—
介護支援専門員		電話	—
相談支援事業所		電話	—
地区社協	地区社会福祉協議会		
社協の他サービス利用	<input type="checkbox"/> にこヘル <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 家具転倒防止		
地区社協活動	<input type="checkbox"/> 高齢者サロン（いきいき・ふれあい） <input type="checkbox"/> 小地域ネットワーク		
公的サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険（ <input type="checkbox"/> 障がい福祉（ <input type="checkbox"/> その他（		