

生活支援事業利用（継続）申請書

フリガナ 利用者氏名 生年月日	-----		住 所	別海町		
	年	月	日生	性 別	男 ・ 女	
申請理由				利用を希望するサービス種類		
				☐ 外出支援サービス事業 (車椅子・ストレッチャー)		
				☐ 配食サービス事業 (月・火・水・木・金)		
家 族 構 成	氏	名	続柄	生 年 月 日	職 業	主な介護者に○
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
緊急連絡先	住所				住所	
	氏名				氏名	
	続柄		電話番号		続柄	電話番号
別海町長 様 上記のとおり生活支援事業の利用（継続）を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号						

生 計 中 心 者 同 意 書

別海町長 様	
生活支援事業の利用料の決定のため、私及び私の属する世帯員の課税状況が必要なときは、貴職員が町道民税の課税資料等の確認をすることに同意します。	
年 月 日	
住 所	
生計中心者	氏 名
	☎ 電話番号