

(様式第1号)

老人日常生活用具給付申込書

令和6年 5月 8日

豊中市長 あて

住所 豊中市中桜塚 3-1-1

申込者 氏名 豊中 花子

電話 06-6858-2525

次のとおり日常生活用具(電磁調理器)の給付を申込みます。

フリガナ	トヨナカ ハナコ			生年月日	昭和15年1月1日
利用者名	豊中 花子			生年月日	昭和15年1月1日
住 所	〒561-8501 豊中市 中桜塚 3-1-1			電話	06-6858-2525
申込理由	※利用者が希望する理由を記入してください。 例) 火の消し忘れて鍋を焦がすことが度々あるため。				
家族の 状況	氏 名	住 所	続柄	電 話	
	豊中 ●郎	豊中市中桜塚〇-〇-〇	長男	06-6858-〇〇〇〇	
	豊中 ●子	豊中市中桜塚△-△-△	長女	06-6858-△△△△	
居宅介護 支援事業者	事業者名	●●●ケアプランセンター			
	所在地	豊中市中桜塚□-□			
	担当者	●● ●●	電話	06-6858-△△△△	
日程調整先	下記へ丸をしてください 本人 ● 家族 ● ケアマネジャー ● その他				
	家族・その他の場合は下記へ記入してください 氏名: 豊中 ●郎 続柄: 長男 連絡先: 06-6858-〇〇〇〇				

※日常生活用具給付の際に世帯の所得状況を調査することに同意します。

氏 名 豊中 花子