様式第１号

生きがい外出サポート事業申込書

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人小美玉市社会福祉協議会長　様

以下のとおり申し込みをいたします。

<table>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">小美玉市</td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ふりがな
氏　名</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日生</td><td>年齢</td><td>満　　歳</td></tr>
<tr><td>健康状況</td><td colspan="5">１．良　好　　２．普　通　　３．通院中
［かかりつけ病院名：　　］
［主な既往症：　　］
［身障手帳：　有（　　種　　級）　無　　］</td></tr>
<tr><td rowspan="4">家族構成</td><td>氏　名</td><td>続　柄</td><td>年　齢</td><td colspan="2">備　考</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>緊急連絡先</td><td>連絡先名</td><td colspan="2"></td><td>電　話</td><td></td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="5">送迎希望　　する　・　しない
介護付き添い　　必要　・　必要としない</td></tr>
</table>

【確認事項】

① 利用時の事故やけが等の際には，「介護福祉・社会福祉事業総合保険」の補償の範囲内で対応します。

② 体調不良の場合は，無理に利用せず医療機関等へ受診するようお願いいたします。また利用中に具合が悪くなった場合は，状態に応じて医療機関等へ連絡を取る等対処いたします。

③この申込書の記載事項については，本会の事業以外に使用することはありません。

④記載事項に変更が生じた場合には，お申し出ください。