

## 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業利用申請書

松川町長 殿

平成 年 月 日

申請者 住所：松川町 番地 自治会名：.....  
 氏名：..... 印 続柄（.....）  
 電話番号：..... - .....

次により認知症高齢者家族やすらぎ支援事業の利用を申請します。

高 齢 者	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒399 - 松川町	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)
		番地	自治会： 電話番号： -	
希望する理由				
高齢者の趣味 や話題・関心 のある事柄				
高齢者の生活 上の支障				
希望する利用 開始年月日	平成 年 月 日 から			
希望する 利用回数	一週間に 回 ・ 一ヶ月に 回 ・ 随時			
希望する 利用時間	一回に 時間 ・ 一ヶ月に 時間 ・ 随時			
現在の生活 の状況				

世帯員の状況	氏名	続柄	年齢	職業(勤務先)	備考

【住所案内図】

Blank area for the address map.

民生児童委員の意見	
	民生児童委員名： _____ 印 _____