

(様式第 1)

平成 年 月 日

室蘭市社会福祉協議会  
訪問サービス申請書

室蘭市社会福祉協議会長 様

住所 室蘭市 町 丁目 番 号

民生委員

氏名

印 電話

1. 訪問サービス（乳酸菌飲料配布）を受けたいので申請します。

対象者	住 所	室蘭市 町 丁目 番 号						
	ふりがな				電話			
	氏 名	-----						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	年齢

申請理由

---

---

---

---

---

2. 近隣協力者

ふりがな		本人と の関係	
氏 名	-----		
住 所	町	電 話	
ふりがな		本人と の関係	
氏 名	-----		
住 所	町	電 話	

3. 緊急時の連絡先(親族等)

ふりがな		続 柄	
氏 名	-----		
住 所		電 話	