

年 月 日

桜井市社会福祉事務所長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

貸与を受ける者との関係（ ）

福 祉 電 話 等 貸 与 申 請 書

下記により、福祉電話等の貸与を申請します。

貸 け る 者	受	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	貸	住所	桜井市		番地	
	与	身体障害者手帳番号	県第	号	年	月
	者	障害名				障害等級
か か り つ け の 医 療 機 関	名称				所在地	
	電話				主治医	
家 族 の 連 絡 先 況	緊	氏 名	続柄	年齢	住 所	電 話
	急					
	連					
	絡					
協 力 員	先					
	順位	氏 名	性別	関係	住 所	電 話
	1					
	2					
民 生 委 員	3					
	民生委員					
貸与を受けたい福祉電話等						
備 考	※ 上記の状態である事を確認する。					※ (前年度)
	年 月 日	高齡福祉課 氏名			市区町村民税	課 税 非課税

※ 印の欄は記入しないでください。