

生活支援ボランティアセンター利用登録票

令和 年 月 日 受付

ふりがな			
氏名			
生年月日	H・S・T 年 月 日生（ 歳）	性別	男・女
住所	〒 室戸市	常会	
TEL	(固定) (携帯)		

緊急連絡先

①	氏名：	続柄：	電話：
	住所：		
②	氏名：	続柄：	電話：
	住所：		

身体状況

介 護 度	未申請	事業対象者	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
障がい者手帳	無 有 【身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳】（ 級）								
主疾患名									
福祉サービス									
かかりつけ医									