

# 愛の宅急便派遣申請書

令和 年 月 日

射水市社会福祉協議会長 様

申請者  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

次のとおり愛の宅急便の派遣を申請します。

対象者	ふりがな			大正	年 月 日生 ( 歳)	男・女
	氏名			昭和		
	住所		電話番号			
	身体・精神面の状況				区分	1 高齢者 2 障がい者 3 その他
派遣を希望する理由						
派遣期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
サービスの内容	1 身体介護 ( ) 2 家事援助 ( ) 3 通院介助 ( ) 4 その他					
緊急連絡先	氏名 (続柄: ) 電話番号					
請求書	氏名					
送付先	住所	〒				
特記事項 重要事項						