様式第1号（第4条関係）

愛の宅急便派遣申請書

平成　　年　　月　　日

射水市社会福祉協議会長　様

申請者
住　所
氏　名　㊞
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 氏　名		大正 昭和　年　月　日生（　歳） 平成		男・女
	住　所	射水市	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	平成　年　月　日 ～ 平成　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				
請求書送付先	氏　名				
	住　所	〒			
特記事項 重要事項					