(様式1)

「ふれあい収集申請書」

(क) ८ ज	:/他川巾技	(クリーノゼ	フダー)				<u> </u>
対象者	ふりがな				=		
氏 名					電話番号		
住 所	旭川市						
生年月日	明治 大正	昭和	年	月 日生	歳	家族構成	独・有
家族構成	独居以外の方は同居されている方の状況を別紙申請書に詳しく記載してください						
介護区分			介護認定 有効期間	年	月 日か	ら 年	月 日
障害等級	種	級		長交付月日		年 月	日交付
障害名							
緊急連絡先	氏 名				電話番号		
	住 所					関 係	
	※ 緊急時	連絡が可能な	な(携帯電話等	等)電話番号			
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所名							
	ージャー名 援専門員名			電話番号 FAX番号			
曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
訪問介護 事業所名							
訪問時間		~	~	~	~	~	~
通所介護 事業所名							
通所時間	~	~	~	~	~	~	~
対象者身体状況							
※公則については根川本の公別大きします							
※分別については旭川市の分別方法とする。※収集方法は玄関内収集を基本とする。申請者							
 上記状況により「ふれあい収集」を申請します。 代筆者							印