友愛電話訪問利用申込書

年　　月　　日

利 用 者

ふりがな 氏　名		生年月日	大正・昭和 年　月　日	年齢	歳	性別	男 女
住　所	伊丹市						
電話番号							
世帯区分	①　独　居　　②　寝たきり　　③　高齢世帯　　④　重度障害　　⑤　その他						
申込理由							

友愛訪問希望曜日	月 曜 日	火 曜 日	水 曜 日	木 曜 日	金 曜 日	希望時間に〇を入れてください。
	午前	午前	午前	午前	午前	
	午後	午後		午後	午後	

【注意】

※なお、世帯区分については下記の基準を参照してください。

世帯区分--- ①独居…６５歳以上の独居高齢者　②寝たきり…どちらか一方が寝たきりの高齢者世帯

③高齢世帯…②以外の高齢者世帯　④重度障害…重度の障害者

⑤その他…①から④に属さない方

長期不在の場合の連絡先

ふりがな 氏　名		続柄		電話番号	
住　所					

担当民生委員

民生委員番号		住　所	伊丹市
氏　名		電話番号	
意見欄			