

軽度生活援助事業利用申請書

（あて先）平群町長

利用者	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳
		生年月日	明・大・昭	年	月 日
住所	〒636- 平群町 【電話番号】				

1 利用を希望するサービスに○をつけて下さい

※ 複数選択可。ただし利用できるのは月に8時間以内です。

※ 介護認定者は、介護サービスに該当するサービスは利用できません。

希望サービス	① 屋内軽作業 (内容)
	② 屋外軽作業 (内容)
	③ 付き添い（目的地 (内容)
	④ その他 (内容)

2 希望する利用日等を記入してください。

① 毎週 () 曜日 (午前・午後) 時 分 ~ 時 分
② 指定する週 (第1・2・3・4・5) (希望サービス番号 番) () 曜日 (午前・午後) 時 分 ~ 時 分
③ 希望日時 ()

3 その他

--