

様式第1号

社会福祉法人 五霞町社会福祉協議会会員サービス申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人五霞町社会福祉協議会 様

申請者 住所

氏名

㊞

電話

次のとおり社協会員サービスの申請をいたします。

該当者 フリガナ

氏名

住所

電話

新生児紙おむつ贈呈

出生日	平成 年 月 日
確認事項	母子手帳・その他 ()
サイズ	新生児 ・ S ・ M ・ L
広報掲載	可 ・ 否 (広報紙、ホームページ等への掲載)
お渡し日	平成 年 月 日 受領印 ㊞

米寿のお祝い贈呈

生年月日	大正 年 月 日
確認事項	保険証・その他 ()
広報掲載	可 ・ 否 (広報紙、ホームページ等への掲載)
お渡し日	平成 年 月 日 受領印 ㊞

福祉用具貸与

車椅子貸出

無料期間	平成 年 月 日から1ヶ月
貸出理由	
返却日	平成 年 月 日 確認者

※2ヶ月目以降通常料金となります。

介護用品支給 (特殊ベッド)

貸出期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日
貸出理由	
お渡し日	平成 年 月 日 受領印 ㊞