

様式第1号（第9条関係）

琴平町高齢者生きがい活動支援通所事業登録申請書

年 月 日

琴平町長 様

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電 話

印

生きがい活動支援通所事業を受けたいので、琴平町高齢者生きがい活動支援通所事業実施要綱の規定により申請します。なお、対象者本人は、利用決定にあたり住民票等にて対象であることを確認することに同意します。

記

対 象 者	氏 名		性別	生 年 月 日	連絡先(電話)
			男 女		
	住 所				

添付書類 1 誓 約 書

緊急 連絡 先	氏 名		利用者との続柄	
	住 所	TEL ー		

民生委員意見欄（以下のいずれかの□に☑いただき、署名をお願いします。）

- （1）ひとり暮らし高齢者または高齢者のみの世帯に属する者
- （2）日中、（1）の状況にある者
- （3）その他（ ）

上記に該当することを認めます。

地区担当民生委員

印

誓 約 書

琴平町生きがい活動支援通所事業を利用するに当たり、次の事項を守ることを誓約いたします。

- 1 利用中に発生した不測の事故については、利用者の側においてすべての責任を負います。
- 2 利用する際には、定められた利用料を納入します。
- 3 利用する際には、諸規則を守り、指示に従います。

年 月 日

琴平町長 様

利用者

住 所

氏 名

印

家 族

住 所

氏 名

印