

様式第1号

新潟市生きがい対応型通所事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

申請者  
住所 新潟市  
氏名  
利用者との続柄  
電話

下記のとおり事業を利用したいので申請します。  
なお、事業の利用のために必要な個人に関わる情報について、事業の受託事業者に提供されることを承諾します。

利用者氏名		電話	—
住所	〒 — 新潟市		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		
緊急連絡先	(氏名)	(続柄)	(電話) —
利用希望施設	地区(施設名 )		
利用希望曜日	曜日	利用開始希望日	年 月 日
通所方法			
かかりつけ医療機関	(機関名)	(電話)	—