

特定非営利活動法人たつなみ会 入会申込書

		※受付日		年	月	日
ふりがな	性別	生年月日				
氏名	男・女	西暦		年	月	日
住所 (〒 - )		電話				
家族構成						
緊急連絡先   緊急時に即対応できるように、必ずご記入ください。						
ふりがな	続柄	電話				
氏名		携帯				
住所 (〒 - )						
既往歴				通院先		
無・有						
障害者手帳 及び 愛の手帳	有の場合	障害者手帳番号	No.	第	号	
		身体障害程度等級	級	旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額第	種	
		障害名	( 年 月 日 交付 )			
介護保険 認定結果	自立	要支援1 要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4 要介護5
		認定の有効期間	年	月	日～	年 月 日
移送サービス利用希望 有・無						
ふれあい昼食会出席希望 有・無						
備考						

# 「たつなみ会」ボランティア受付カード

受付                      年        月        日

ふりがな		男・女	生年 月日	
氏名				年        月        日
住所	〒 (            -            )	電話		
職業 学校		携帯		
特技				
資格				
来所経路				
活動可能な曜日と時間帯				
ボランティア活動の動機と経験				
活動希望内容				
ボランティア保険	加入 (            年        月 )        未加入			
備考				

## 第4号様式（第4条関係）

## 会食サービス利用申請書

申請日 年 月 日

世田谷区長 あて

申 請 者	住 所	世田谷区 丁目 番 号
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	電話番号	（ ）

☆各項目の該当する番号に○をつけてください。

世帯構成	1	ひとり暮らし →徒歩5分以内にいつもあなた様の様子を知ることができる親族が ①いる ②いない				
	2	家族と同居				
	3	二世帯住宅又は同一敷地内に親族がいる。				
	4	その他 (具体的に )				
健康状態	1	健康	2	病気がち	3	ねたきり
食事、栄養上の 注意点の有無	1	アレルギー ( )				
	2	その他 ( )				
希望協力員 (グループ)	1	希望 有 → 協力員 (グループ) 名 ( たつなみ草 )				
	2	希望 無				
希望の形態	1	会食	2	配食		
緊急連絡先	氏名	続柄				
	住所	電話				
備考						

☆ 区事務処理蘭

受付支所名または地域包括支援センター名	受付者	受付年月日
		年 月 日
決定年月日	種別	協力員名
認定・却下 年 月 日		たつなみ草
廃止年月日		理由
年 月 日		

特定非営利活動法人たつなみ会 利用申込書

		※受付日		年	月	日
ふりがな	性別	生年月日				
氏名	男・女	西暦				
		大正	昭和	年	月	日
		平成	令和			
住所 (〒 - )			電話			
家族構成						
緊急連絡先   緊急時に即対応できるように、必ずご記入ください。						
ふりがな	続柄	電話				
氏名		携帯				
住所 (〒 - )						
既往歴			通院先			
無・有						
障害者手帳 及び 愛の手帳	有の場合	障害者手帳番号	No.	第		号
		身体障害程度等級	級	旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額第		種
		障害名		(	年 月 日	交付)
介護保険 認定結果	自立	要支援1 要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4 要介護5
		認定の有効期間	年 月 日	～	年 月 日	
移送サービス利用希望		有・無				
ふれあい昼食会出席希望		有・無				
備考						