

〔様式5－1〕

年　月　日

社会福祉法人 鈴鹿市社会福祉協議会
会長 亀井秀樹 様

地区名 _____ 地区社会福祉協議会

会長 _____ 

年度 小地域ネットワーク補助金交付申請書

小地域ネットワーク事業補助金について下記のとおり請求いたします。

記

●請求金額 金 円

[振込口座]

| 振込先 | 金融機関 | 銀行 農協 | |
|-----|------|----------|--------|
| | 預金種目 | 普通・当座 | 口座 No. |
| | 口座名 | | |

* 関係書類（事業完了後提出してください）

- ・ 小地域ネットワーク対象者・担当者名簿〔様式5－2〕（写しでも可）
- ・ 小地域ネットワーク訪問日誌〔様式5－3〕、小地域ネットワーク訪問個別表〔様式5－4〕は各地区社会福祉協議会（地区市民センター）で管理してください。

年度 小地域ネットワーク対象者、担当者名簿

地区

〔様式5-3〕

年度 小地域ネットワーク訪問日誌

利用者名

*特になしの場合は、○で囲んでください。特記事項がある場合は、()の中にご記入ください。

年度 小地域ネットワーク訪問個別表

_____地区社会福祉協議会

| | | | | | | | |
|----|--|----|----|--------|--|-----|-----|
| 氏名 | | | 住所 | | | TEL | |
| 年齢 | | 性別 | | 担当民生委員 | | | TEL |

● 緊急時の連絡先

| 氏 名 | TEL | 住 所 | 関 係 |
|-----|-----|-----|-----|
| | | | |
| | | | |

●本人の状況

| 一人暮らし高齢者 | 高齢者のみ世帯 | 障害者世帯 | その他 |
|--|---------|--------|-----|
| 健 康 状 態 | かかりつけ医院 | | |
| | 既往症 | | |
| | 注意すべき事項 | | |
| <p>■介護保険の利用 有 • 無</p> <p>*有の場合・・・(事業所名：) (担当ケアマネージャー氏名：) *サービスの種類・・・()</p> <p>■緊急警報装置の設置 設置済 • 未設置</p> <p>■給食サービスの種類 *毎日型給食サービス 利用している • していない *地区社協給食サービス 利用している • していない</p> | | 備 考 | |

令和 年度 地区 小地域ネットワークボランティア名簿