

(あて先) 川崎市 福祉事務所長

対象者との関係 ( )

利用者（事業の利用を開始・変更・廃止しようとする方）

## 利用者の健康状態

☐ご本人 ☐代理人対応（氏名： \_\_\_\_\_ ・ 連絡先： \_\_\_\_\_ — — ）

