（※支所受付印）

**除雪作業報告書（門払い）**

平成 　　 年 　　 月 　　 日

社会福祉法人 魚沼市社会福祉協議会　様

除雪作業者　　住所　魚沼市

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記利用者宅について除雪作業（門払い）を実施しましたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |

平成 　　年 　　月 実施分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 作業日 | 利用者  確認印 |  | 回数 | | 作業日 | | 利用者  確認印 |
| １ | 日 |  |  | 11 | | 日 | |  |
| ２ | 日 |  |  | 12 | | 日 | |  |
| ３ | 日 |  |  | 13 | | 日 | |  |
| ４ | 日 |  |  | 14 | | 日 | |  |
| ５ | 日 |  |  | 15 | | 日 | |  |
| ６ | 日 |  |  | 16 | | 日 | |  |
| ７ | 日 |  |  | 17 | | 日 | |  |
| ８ | 日 |  |  | 18 | | 日 | |  |
| ９ | 日 |  |  | 19 | | 日 | |  |
| 10 | 日 |  |  | 20 | | 日 | |  |
| （※支所記入欄） | | | | | 今月 | | 残り | |

・**翌月４日までに事務局へ提出してください。（作業があれば毎月）**

・利用限度回数を超えた分は、全額が利用者の費用負担となります。

|  |  |
| --- | --- |
| **利用者確認欄**  （※利用者記入） | 作業回数について上記のとおり確認しました。 |
| 住所　　魚沼市 |
| 氏名　　　　　　　　　　　 　　　　㊞ |