

様式第1号（第5条関係）

遠野市ひとり暮らし高齢者等見守り支援事業利用申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者 住 所
及び 氏 名 ⑩
同意者 生年月日 年 月 日生
電話番号

遠野市ひとり暮らし高齢者等見守り支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。
なお、遠野市が私及び同居する家族のために実施するこの事業に関し、関係機関との連絡調整、非常時の連絡等において必要な場合に個人情報を提供することに同意します。

		世帯番号	— — —	
世帯構成	1. ひとり暮らし 2. 高齢者のみ 3. その他 ()			
訪問頻度	週に 回	訪問希望日	第1希望日	第2希望日
訪問時の 注意点				
かかりつけの医療機関名				
病院（診療所）名		診療科（病名）		主治医
親族・緊急連絡先				
連絡 順位	親族の氏名又は緊急連絡先の名称等	続柄	住 所	電話番号
				()
				()
				()
				()
				()