

年 月 日

遠野市長 様

申請者 住 所
 氏 名
 電話番号

ひとり暮らし高齢者等地域生活サポート事業利用申請書

ひとり暮らし高齢者等地域生活サポート事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者 の 情 報	住 所	遠野市		
	フリガナ		電話番号	()
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
	障 害			
	現在の病気		既 往 歴	
	かかりつけ 医療機関名 及び診療科	(1)	電 話 ()	
		(2)	電 話 ()	
	付近の状況 及び目標物等		救 助 口	
	住宅の状況	(1)建物	一戸建て ・ 階層住宅 (階) ・ アパート (階 号室)	
(2)造り		木造 ・ モルタル ・ 鉄骨 ・ 鉄筋コンクリート ・ その他		
鍵の保管場所				
担 当 在宅介護支援センター名 又 は 居宅介護支援事業所名	名 称			
	住 所			
	電 話 番 号			
備 考				

※同居人がいる場合は記入してください。

同居人	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏 名		携帯電話		続柄	
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏 名		携帯電話		続柄	

※必ず1人以上記入してください。

緊急連絡先 ①	フリガナ		住 所	〒		
	氏 名					
	電話番号		性 別	男 ・ 女	利用者との関係	
	携帯電話		合 鍵	あり ・ なし	駆付時間	分
緊急連絡先 ②	フリガナ		住 所	〒		
	氏 名					
	電話番号		性 別	男 ・ 女	利用者との関係	
	携帯電話		合 鍵	あり ・ なし	駆付時間	分

※必ず1人以上記入してください。

近隣協力員 ①	フリガナ		住 所	〒		
	氏 名					
	電話番号		性 別	男 ・ 女	利用者との関係	
	携帯電話		合 鍵	あり ・ なし	駆付時間	分
近隣協力員 ②	フリガナ		住 所	〒		
	氏 名					
	電話番号		性 別	男 ・ 女	利用者との関係	
	携帯電話		合 鍵	あり ・ なし	駆付時間	分

同 意 書

- 1 私は、ひとり暮らし高齢者等地域生活サポート事業の利用に当たり、緊急通報時に万一、家屋・鍵等を破壊されても、一切異議の申立てをしません。
- 2 私は、ひとり暮らし高齢者等地域生活サポート事業の実施のために必要な情報を市が委託する事業者へ提供することに同意します。

年 月 日

遠野市長 様

住 所

氏 名