

平群町安心見守り事業利用申請書

年 月 日

平群町長 様

住 所 平群町

申請者 氏 名 ㊟

電話番号

平群町安心見守り事業のサービスを利用したいので、次のとおり申請します。
 また、利用にあたり記入した内容について、地域支え合い推進員・民生児童委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、平群町職員に提供することに同意します。
 また、事故発生の可能性があるると判断した場合には平群町職員などが緊急連絡先に連絡を行ったり、警察官などの立会いのもと、自宅の中を確認することについて了承します。

ふりがな 対象者 氏 名		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	
ふりがな 対象者 氏 名		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住 所	平群町	自治会名			
電話番号		担当民生 児童委員			
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 :				
その 他 の 家 族 状 況	同 居	氏 名	続柄	年齢	備 考
緊急 連 絡 先	氏 名	住 所		連 絡 先	
	続柄 :	〒 -		自宅	
				携帯	
	氏 名	住 所		連 絡 先	
続柄 :	〒 -		自宅		
			携帯		

要介護認定	自 立 ・ 事業対象者 ・ 要支援 () ・ 要介護 ()				
障害者手帳	有 ・ 無	種類	身体・療育・精神	等級	種 級