

大崎市長様

申請者 住所
氏名

大崎市高齢者安心見守り事業利用申請書

大崎市高齢者安心見守り事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

なお、事業の利用の決定を受けた場合には、市が事業を委託している法人に対し、申請に当たり届け出た事項について、情報提供することを承諾するとともに、事業の利用中に、私の事故等の緊急時には、関係機関等が住宅内へ立ち入ることを認め、その際、住宅の一部に破損が生じても修復責任は問わないことを誓約します。

記

住所	〒 大崎市		
フリガナ		性別	男・女
氏名		血液型	型
生年月日	年 月 日(歳)	電話番号	—
要介護認定等の状況	被保険者番号		要介護状態区分
	認定年月日	年 月 日	要支援()・要介護()
	認定有効期限	年 月 日	総合事業該当
既往歴	脳疾患・心臓病(病名: 発病時期:)		
同居人	無・有(氏名: 年齢: 歳 身体状況:)		
回線の利用	固定電話回線の利用が、 <input type="checkbox"/> できる。 <input type="checkbox"/> できない。		
添付書類	利用者登録明細書(別紙)		

※ 同居人の身体状況は、要介護度、身体障害者手帳の等級等を記入願います。

申請手続代行者

住所(申請者と同居の場合は不要)	氏名	本人との関係	電話番号
			—

別紙

利用者登録明細書

申請(対象)者氏名()

1 基本登録事項

(1) 利用者情報

携帯電話	有() — ・無	ファクシミリ	有() — ・無
自宅目標物		鍵保管場所	救助口

(2) 緊急時連絡先

緊急時連絡先	フリガナ		性別		続柄	
	氏名		生年月日		年月日(歳)	
	住所	〒 —				
	電話 1	自宅() —	携帯電話	() —		
	電話 2	() —			合鍵	有・無

2 付加登録事項

(1) 病気の状況

現在かかっている病気	
今までかかった大きな病気	

(2) 医療機関

診察を受けたことがある中から、極力、夜間診療の可能なところを記入願います。

医療機関 1	名称		電話番号	() —	
	所在地				
	主治医		診療科		夜間対応
医療機関 2	名称		電話番号	() —	
	所在地				
	主治医		診療科		夜間対応
医療機関 3	名称		電話番号	() —	
	所在地				
	主治医		診療科		夜間対応

(3) 親族の状況

親 族 1	フリガナ		性別		続柄	
	氏名		生年月日		年月日(歳)	
	住所	〒 —				
	電話 1	自宅()	—	携帯電話	()	—
	電話 2	()	—	ファクシミリ	()	—
親 族 2	フリガナ		性別		続柄	
	氏名		生年月日		年月日(歳)	
	住所	〒 —				
	電話 1	自宅()	—	携帯電話	()	—
	電話 2	()	—	ファクシミリ	()	—
親 族 3	フリガナ		性別		続柄	
	氏名		生年月日		年月日(歳)	
	住所	〒 —				
	電話 1	自宅()	—	携帯電話	()	—
	電話 2	()	—	ファクシミリ	()	—

※ 記入留意事項

- 1 基本登録事項は、サービス提供上必要となりますので、必ず記入願います。
- 2 付加登録事項は、緊急時の関係機関等との連絡調整、各種相談等の際に、役立つ情報となるものであり、差し支えない範囲で記入願います。