ひとり暮らし高齢者等緊急通報事業利用申請書

平成　　年　 月　 日

南三陸町長　佐　藤　　仁　様

申請者　住　所

　　　　氏　名

　　　　電話番号

　　　　　（利用者との続柄　　　　　　　　　）

ひとり暮らし高齢者等緊急通報事業の利用をしたいので、申請いたします。

尚、緊急時の救助活動の際に生じた住居等の損壊については、異議の申立てを行いません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者　（申請者） | 氏名 |  | | | 男・女 | 生年  月日 | | 明治  大正　　年　　月　　日　　歳  昭和 | | |
| 住所 |  | | | | | | 電話 | ― | |
| 世帯状況 | ひとり暮らし　・　高齢者世帯 ・その他（　　　　　　 　　　） | | | | | | | | | |
| 家屋情報 | 持家・借家・住宅（町営・県営）・その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 家族状況  （親族等　　連絡先） | 氏　　名 | | 住　　所 | | | | | 続柄 | | 電話番号 |
|  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  |
| 緊急時連絡先（氏名） | |  | 電話番号 |  | | | | 利用者との関係 | |  |
| 緊急時連絡先（住所） | |  | | | | | | | | |
| 合鍵　所有者（氏名） | |  | 電話番号 |  | | | | 利用者との関係 | |  |
| 合鍵　所有者（住所） | |  | | | | | | | | |
| かかりつけの医療機関等について | 病　　名 | | 医療機関（主治医） | | | | 電話番号 | | | 備　考 |
|  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | |  |
| 手帳の有無 | 介護（　　　　　　）・身障（　　　種　　　級）・精神（　　　　級） | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険  サービス  利用状況 | | | 利用しているサービスに○を、利用曜日・利用時間帯を記入してください。  ・訪問介護  ・通所介護  ・短期入所介護  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 健康状態及び  日常生活の状況 | | |  | | | | | | |
| 協力員 | 通報順位 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 住　所 | 電話番号 | 利用者  との　関係 |
| 氏　名 | |
| ① |  | | 男・女 |  |  |  |  |  |
|  | |
| ② |  | | 男・女 |  |  |  |  |  |
|  | |
| ③ |  | | 男・女 |  |  |  |  |  |
|  | |

　※　協力員・・・緊急時や安否確認時にすぐに現場に駆けつけて確認できる方。

　※　緊急時連絡先・・・緊急搬送先に連絡できる親族等の方。

様式第１号（第５条関係）

高齢者生活支援・生きがい健康づくり事業利用者登録申請書

年　 　月　 　日

南三陸町長　様

利用者　　　住　所

氏　名

電話番号

次のサービスを利用したいので、次のとおり申請します。

１　利用を希望するサービス

ア　ひとり暮らし高齢者等緊急通報事業

イ　介護家族等支援ㇾスパイト事業

２　利用者の状況

①　氏名

②　生年月日（　　　　　年　　　月　　　日生まれ）

③　要介護度（自立・要支援１・２・要介護１・２・３・４・５）

　④　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）