

安心見守りコール事業利用申請書

年 月 日

上 郡 町 長 あて

申請者 住所
氏名
電話

下記の内容に同意の上、次のとおり申請します。

利 用 者	住所	上郡町		申請者との続柄		
				固定電話（必須）		
	氏名	フリガナ		携帯電話		
				生年月日		年 月 日
	世帯状況	1. 65歳以上の援護を要する一人暮らし 2. 身体障害者手帳1級または2級の一人暮らし 3. その他（ ）				
	主治医			介護認定の有無		無 有（ ）
主な病名			担当居宅介護支援事業所			
			担当ケアマネジャー			
親 族 等 緊 急 連 絡 先	順位	氏名	続柄	住 所	電話番号	携帯電話
	1	フリガナ				
	2	フリガナ				
	3	フリガナ				
近 隣 協 力 者	順位	氏名	続柄	住 所	電話番号	携帯電話
	1	フリガナ				
	2	フリガナ				
1. 緊急通報に伴う救助活動による、協力者、消防関係者、関係機関等の住居内の立ち入りを認め、住居等の破損に対して損害賠償を求めません。 2. 通信機器を破損、紛失時は損害相当額を賠償します。 3. 申請書等に記載した内容は、緊急時の対応等必要に応じて、委託事業者、消防関係者、かかりつけ医、担当ケアマネジャー、民生委員、その他関係機関へ情報提供することに同意します。 <p style="text-align: right;">本人署名 _____</p>						
上記の通り確認しました。				年 月 日		
				民生委員氏名 _____		