様式第1号(第6条関係)

阿見町高齢者見守りサポート事業利用申込書

年　　月　　日

阿見町長　　　　殿

申込者　住所

氏名

電話番号

阿見町高齢者見守りサポート事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)利用者氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日(　　歳) |
|  |
| 電話番号 | 固定電話：携帯電話： |
| 利用者住所 | 阿見町 |
| 住宅の状況 | 一戸建て　・　集合住宅 (　　　　　　　　　　　　　) |
| 75歳以上の同居者 | 有・無 | (ふりがな)同居者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　　歳) |
| 同一敷地及び隣接地に居住する75歳未満の見守り者 | 有・無 | 有の場合は、見守り者が不在となる時間 | 1日　　時間以上(週　　日) |
| 利用者に係る特記事項 |  |
| 近隣協力員 | 氏名 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏名及び利用者との関係 | 住所 | 電話番号 |
| (　　　) |  |  |
| (　　　) |  |  |

※該当する箇所には〇をつけて提出してください。

併せて別紙利用者状況票を提出してください。別紙

阿見町高齢者見守りサポート事業利用者状況票

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)利用者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
|  |
| 電話番号 | 固定電話：携帯電話： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療保険の名称 | □　国民健康保険□　後期高齢者医療保険□　社会保険□　共済保険 | □　船員保険□　生活保護□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 保険者番号 |  |
| 障害等の状況 | □　有(　　級)□　無□　申請中 | 障害名 |  |
| 介護保険認定区分 | □　認定なし□　申請中□　要支援( 1・2 )□　要介護( 1・2・3・4・5 ) |
| 主な疾病 |  | 発症年月日 | 年　　月　　日 |
|  | 発症年月日 | 年　　月　　日 |
|  | 発症年月日 | 年　　月　　日 |
| かかりつけの医療機関 | 名称 | 電話番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 服薬の状況 |  |

※該当する箇所には✓をつけて提出してください。