

（ 表面 ）

日出町高齢者等見守り支援事業利用申請書

年 月 日

日出町長 様

申請者 住所

氏名

続柄

日出町高齢者等見守り支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

主な利用者 ※同居の利用者の方は裏面に記入して下さい	住 所	日出町	行政区	
	フリガナ 氏 名		TEL	
	生年月日	年 月 日生まれ	年齢	歳
	家族状況	独居 ・ その他（裏面に同居家族を記載）		
身 体 状 況	持病等 ※あてはまるものに○	ア 高血圧症 イ 糖尿病 ウ 心筋梗塞 エ 心不全 オ 狭心症 カ 不整脈 キ 動脈瘤 ^{りゅう} ク 脳梗塞 ケ 脳血栓 コ くも膜下出血 その他（ ）		
	病 院 名	主治医（ ）	血液型	
要介護認定	要介護度 ※あてはまるものに○	未申請・自立・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）		
	事 業 所	TEL	介護専門 支援員	
障がい内容	障がい名	等級		級
設置希望機器	携帯型緊急通報装置 ・ 人感センサー			
キーボックスの配置 （※合鍵必須）	希望する ・ 希望しない （※配置を希望する場合、キーボックスの代金はご利用者様負担になります。）			
登録を希望する 連絡先 （※着信のみ使用 可）	TEL	電話帳登録名	続柄	
	TEL	電話帳登録名	続柄	
	TEL	電話帳登録名	続柄	

※裏面も記入してください

(裏面)

同居利用者について(独居の場合は、記入不要です。)

同居利用者	フリガナ 氏名			
	生年月日	年 月 日 生まれ	主利用者との続柄	
身体状況	持病等 あてはまる ものに○	ア 高血圧症 イ 糖尿病 ウ 心筋梗塞 エ 心不全 オ 狭心症 カ 不整脈 キ 動脈瘤 ク 脳梗塞 ケ 脳血栓 コ くも膜下出血 その他 ()		
	病院名	主治医 ()	血液型	
要介護認定	要介護度 あてはまる ものに○	未申請・自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)		
	事業所		介護専門 支援員	
障がい内容	障がい名		等級	級

利用者以外の同居家族について(該当者のいない場合は、記入不要です。)

氏名	年齢	続柄	勤務先	日中連絡先(携帯等)
フリガナ				
フリガナ				

日頃利用している福祉サービス等があれば、記入してください(デイサービス、ヘルパー等)。

内容	利用日	事業所名
(例) デイサービス	月・水・金	〇〇〇〇〇

緊急連絡先(例えば、町外の子供、親戚等)

連絡先(1)	住 所				
	フリガナ 氏 名	続柄		TEL	自宅 携帯
連絡先(2)	住 所				
	フリガナ 氏 名	続柄		TEL	自宅 携帯