

高齢者等見守りシール事業利用申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請者
氏名 続柄()
住所
電話

立川市高齢者等見守りシール交付事業の利用について、添付資料をもとに申請します。

対象者	ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
	氏名				<input type="checkbox"/> 女	年 月 日生(歳)		
	住所	立川市 町 丁目						
	電話番号	(自宅) / (携帯)						
介護認定状況		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(1 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5)						
認知症の診断	1.有	診断名		診断時期		年 月		
			診断医療機関名					
2.無								
該当する科目があればチェック								
<input type="checkbox"/> 外出して自宅に戻れなかったことがある。 <input type="checkbox"/> 慣れているところで迷うことがある。 <input type="checkbox"/> その他								
〔								
居宅介護支援事業所名								
担当ケアマネジャー				電話番号				

※本事業の利用にあたり、下記のことにご同意します。(もれなく☑チェックしてください。)

- 介護保険認定結果(認定調査票及び主治医意見書等を含む)を確認すること。
- 申請者及び対象者の家族等の住民登録を公簿により、確認すること。
- 警察へ対象者及び緊急時連絡先の情報を提供すること。
※対象者の保護を目的とすること以外に情報の提供をすることはありません。

申請者署名

(又は記名押印)

..... 以下は記入しないでください

上記申請について、次のとおりとする。(決定・却下)				担当	係長	課長
世帯状況	高齢者のみ・日中独居・その他	起案	・			
基本情報登録日	・	決定	・			
シール引渡し日	・	施行	・			

登録情報

ニックネーム(呼び名)	
身体的特徴	
既往歴	
発見時に注意すべきこと	

緊急時連絡先(発見者が二次元コードを読み取ると、メールが送信されます。)
必ず緊急連絡先登録の同意欄にチェックをお願いいたします
4名以上記載の場合は別紙へ

緊急連絡先①	ふりがな		対象者との関係		同意 チェック	<input type="checkbox"/>
	氏名					
	住所					
	Eメール					
	電話番号					
緊急連絡先②	ふりがな		対象者との関係		同意 チェック	<input type="checkbox"/>
	氏名					
	住所					
	Eメール					
	電話番号					
緊急連絡先③	ふりがな		対象者との関係		同意 チェック	<input type="checkbox"/>
	氏名					
	住所					
	Eメール					
	電話番号					