

あきる野市長 殿

申請者 住 所 あきる野市二宮〇〇〇-〇〇
氏 名 秋川 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

あきる野市ICTを活用した高齢者見守り事業利用申請書

ICTを活用した高齢者見守り事業を利用したいので、あきる野市ICTを活用した高齢者見守り事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請書の内容及び事業の利用状況があきる野市及び地域包括支援センターにおいて共有されることに同意します。

記

一致

対象者 (申請者)	ふりがな	あきがわ たろう		生 年 月 日	昭和10年10月10日 (86歳)
	氏 名	秋川 太郎			
	既往歴	右大腿骨骨折(平成23年頃)			
	病院名	〇〇〇病院	主治医名	〇〇〇〇先生	
介護認定 の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 非該当				
緊急連絡先1	氏 名	秋川 一郎 (対象者との関係 長男)			
	住 所	あきる野市引田〇〇-〇			
	電話番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇、090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
緊急連絡先2	氏 名	山田 花子 (対象者との関係 長女)			
	住 所	東京都世田谷区△△△〇〇 □□マンション101号室			
	電話番号	03-〇〇〇-〇〇〇〇、080-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
緊急連絡先3	氏 名	田中 一雄 (対象者との関係 知人)			
	住 所	あきる野市二宮〇〇〇-△			
	電話番号	090-〇〇〇〇			

※ 該当する□にレ印を付けてください。

同意書

申請に係る審査をするため、私の世帯の住民
同意します。

令和〇年〇月〇日

連絡先の方には、緊急時ご連絡が行く可能性
があることを伝えておいてください。

※できる限り、一人以上はご親族の方にして
ください。(緊急時医療同意等のため)

申請者氏名 秋川 太郎

※ 申請者氏名については、自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

(注) 住民情報等の確認ができない場合は、住民票等を提出していただくことがあります。