

大船渡市長 様

(申請者)

住 所 大船渡市

氏 名

印

電話番号

大船渡市地域生活サポート事業利用申請書

次のとおり、地域生活サポート事業の利用を申請します。

| | | | | |
|-----------|---------|------|----------|----------------|
| 対象者 | 住 所 | 大船渡市 | | |
| | 氏 名 | | 生年 月日 | 年 月 日生 (歳) |
| 貸与を希望する理由 | | | | |
| 世帯の状況 | 氏 名 | 続 柄 | 生年月日 | 備 考 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 備考 | 固定型・携帯型 | | | |

次のことについて承諾します。

1. 緊急時に、消防署員等関係者が住宅内に立ち入ること。またその際、鍵等住宅の一部に破損を生じさせても、損害賠償を求めないこと。
2. 故意または自己の過失により機器を紛失もしくは滅失したとき、または機器に損傷を加えたときは、その損害を賠償すること。

本人氏名 _____ (代筆者名 _____ 続柄 _____)

担当事業所名 _____

担当者名 _____

利用者登録明細(自治体用)【1】

| | | | | | |
|--------------|--------------|------------|----------------|------------------|-----|
| 会員番号 | NO. | 個人負担 | 有 ￥ . 無 | | |
| 氏名(カナ) | | 性別 | 男・女 | 血液型 | |
| 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 年齢 | |
| 同居人氏名(カナ) | | 性別 | 男・女 | 血液型 | |
| 同居人氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 年齢 | |
| 電話番号 | () - | 携帯番号 | () - | | |
| FAX番号 | () - | | | | |
| 住所(カナ) | イワテケン オオフナトシ | | | | |
| 住所 | 〒022- | 岩手県 | 大船渡市 | | |
| | アパート・マンション名 | | 号棟 | 部屋番号 | |
| 自宅の目標物 | | 鍵の 保管場所 | | 救助口 | |
| 現在かかっている病気 | | | | 障害 | |
| 今までかかった大きな病気 | | | | 介護度 | |
| 緊急連絡先 | 氏名(カナ) | | 性別 | 男・女 | 関係 |
| | 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 年齢 |
| 緊急連絡先住所 | 〒 | 都道府県 | 都市 町村 | | |
| 電話番号 | () - | 携帯電話 | () - | | |
| 電話番号2 | () - | | | 合鍵 | 有・無 |

| | | | | | |
|------|--------|-------|----------|------------------|----|
| 協力員1 | 氏名(カナ) | | 性別 | 男・女 | 関係 |
| | 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 年齢 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | () - | 電話番号2 | () - | | |
| 駆付時間 | 分 | 合鍵 | 有・無 | | |
| 協力員2 | 氏名(カナ) | | 性別 | 男・女 | 関係 |
| | 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 年齢 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | () - | 電話番号2 | () - | | |
| 駆付時間 | 分 | 合鍵 | 有・無 | | |
| 協力員3 | 氏名(カナ) | | 性別 | 男・女 | 関係 |
| | 氏名 | | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 年齢 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | () - | 電話番号2 | () - | | |
| 駆付時間 | 分 | 合鍵 | 有・無 | | |

※ _____ 枠内については、必ずご記入下さい。それ以外については緊急・ご相談の際に役立つ情報として
お伺いするものです。差し支えない範囲でご記入下さい。尚、上記目的以外に使用することはありません。

利用者登録明細(自治体)【2】

医療機関は、診察を受けたことがある中で極力夜間診察のできる場所を選んで下さい。

| | | | |
|------|-----|----------|----------|
| 医療機関 | | 電話番号 | |
| 住所 | | | |
| 主治医 | 診療科 | | 夜間対応 有・無 |
| 医療機関 | | 電話番号 () | — |
| 住所 | | | |
| 主治医 | 診療科 | | 夜間対応 有・無 |

| | | | | | | |
|------|------|---|-------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 親族1 | 氏名カナ | | 性 別 | 男・女 | 続柄・関係 | |
| | 氏名 | | 同居別居 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居 | |
| 電話番号 | () | — | 電話番号2 | () | — | |
| 携帯電話 | () | — | FAX番号 | () | — | |
| 住 所 | 〒 | | | | | |
| 親族2 | 氏名カナ | | 性 別 | 男・女 | 続柄・関係 | |
| | 氏名 | | 同居別居 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居 | |
| 電話番号 | () | — | 電話番号2 | () | — | |
| 携帯電話 | () | — | FAX番号 | () | — | |
| 住 所 | 〒 | | | | | |
| 親族3 | 氏名カナ | | 性 別 | 男・女 | 続柄・関係 | |
| | 氏名 | | 同居別居 | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居 | |
| 電話番号 | () | — | 電話番号2 | () | — | |
| 携帯電話 | () | — | FAX番号 | () | — | |
| 住 所 | 〒 | | | | | |

| | | | | |
|--------|----|--|----------|---|
| タクシー会社 | 名称 | | 電話番号 () | — |
|--------|----|--|----------|---|

| | | | | |
|------------|----------|--|----------|---|
| 在宅介護支援センター | 名称 氏名 | | 電話番号 () | — |
|------------|----------|--|----------|---|

※その他連絡先で登録が必要なものがあればご記入下さい(ヘルパー、ケースワーカー等)

| | | | | |
|---------|----------|--|----------|---|
| その他連絡先1 | 名称 氏名 | | 電話番号 () | — |
|---------|----------|--|----------|---|

| | | | | |
|---------|----------|--|----------|---|
| その他連絡先2 | 名称 氏名 | | 電話番号 () | — |
|---------|----------|--|----------|---|

| | | | | |
|---------|----------|--|----------|---|
| その他連絡先3 | 名称 氏名 | | 電話番号 () | — |
|---------|----------|--|----------|---|

利用者登録明細(自治体用)【3】

地図(自宅付近) ※目標物と自宅には印を付けて下さい。
(文字や地名が判読できる大きさに、別紙でも結構です。)