様式第1（第5条関係）

美浜町高齢者等見守り機器貸与事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

美浜町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　続　　柄　　本人 ・ 配偶者 ・ （　　　　　　　　　）

　　　　電話番号　（　　　　　）-　　　　　　-

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | | フリガナ | |  | | 生年月日 | | | T・S　　年　月　日 | |
| 氏名 | |  | |
| 住所 | | □同上 | 〒　　　－ | | | | | |
| 電話番号 | | □同上 | （　　　　）-　　　- | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| かかりつけ医療機関 | |  | | 診療科等 | | |  | |
| 要件 | | □６５歳以上のひとり暮らし高齢者  □７５歳以上のみの世帯  □日中又は夜間において、長時間にわたり独居状態になる65歳以上の高齢者及び身体障害者手帳1級及び２級所持者  □その他町長が特に必要と認める者 | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | | | | | |
| ① | フリガナ | |  | | | 続柄 |  | 電話番号 | 自宅  携帯電話  ※メールアドレス | |
| 氏　　名 | |  | | |
| 住　　所 | | 〒　　　－ | | | | |
| ② | フリガナ | |  | | | 続柄 |  | 電話番号 | 自宅  携帯電話  ※メールアドレス | |
| 氏　　名 | |  | | |
| 住　　所 | | 〒　　　－ | | | | |

※メールアドレスは希望者のみご記入ください

裏面（電話番号登録者一覧）へ続く

電話番号登録者一覧

例）・緊急連絡先以外の家族、知人等

・かかりつけの医療機関、薬局等

　 ・地域包括支援センター、介護支援事業所等

　 ・民生委員　など

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **登録者氏名** | **続柄** | **電話番号** |
| - | 美浜町役場 |  | （０５６９）-　８２　–　１１１１ |
| 1 |  |  | （　　　　）-　　　　- |
| 2 |  |  | （　　　　）-　　　　- |
| 3 |  |  | （　　　　）-　　　　- |
| 4 |  |  | （　　　　）-　　　　- |
| 5 |  |  | （　　　　）-　　　　- |
| 6 |  |  | （　　　　）-　　　　- |
| 7 |  |  | （　　　　）-　　　　- |
| 8 |  |  | （　　　　）-　　　　- |

※市外局番は必ず記入してください。

※登録内容を変更する場合は、変更届を提出してください。