

(様式第1号)

川俣町高齢者ごみ出し安否確認事業利用申込書

年 月 日

川 俣 町 長 様

川俣町個人情報保護条例第9条に基づき保有する個人情報を町長が利用することに同意し利用を申し込みます

申請者

ふりがな			
氏名(名称)			
住所			
電話番号		携帯電話番号	
対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(関係) <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()		

利用者

ふりがな			電話番号		
氏名			携帯電話番号		
住所					
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
身体状況	・介護認定の状況 <input type="checkbox"/> 要支援 1 . 2 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介護 1 . 2 . 3 . 4 . 5 その他()				
訪問収集を希望する理由 (具体的にお書きください)					
世帯員の状況	ふりがな	生年月日	年齢	続柄	特記事項 (障害の等級など)
	氏名	年 月 日			
		年 月 日			
担当ケアマネジャー	事業所名	担当者名		連絡先	

※申請者の方は太枠の部分のみ記入してください
□の該当するものに☑を付けてください

※裏面も記入してください

緊急時の連絡先

(記入に際しては、緊急連絡先になられる方に了承を得てください)

ふりがな			対象者との関係	
氏名				
住所				
電話番号		携帯電話番号		
ふりがな			対象者との関係	
氏名				
住所				
電話番号		携帯電話番号		

実態調査

立会者		対象者との関係
電話番号		<input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 地域の方() <input type="checkbox"/> その他()
携帯電話番号		

○申請後、実態調査に伺います。一緒に説明を聞いていただける方を記入してください。

○記入に際しては、事前に立会者に了承を得てください。

○調査に伺う日時を立会者に連絡しますので、日中に連絡が取れる番号を記入してください。

備考

救急医療情報キットの配布	年 月 日	配布者	所属	
			氏名	

【問い合わせ】

川俣町役場 保健福祉課 地域福祉係

☎566-2111 (内線:1402)