

稲城市在宅高齢者見守り電球事業利用申請書

稲城市長 殿

下記により、在宅高齢者見守り電球事業の利用を申請します。

記

利用希望者氏名						
生年月日		大正・昭和 年 月 日 (歳)				
住所		稲城市				
電話番号		()				
緊急連絡先 (最大4名まで)	①	氏名		電話番号		続柄
		メールアドレス				
	②	氏名		電話番号		続柄
		メールアドレス				
	③	氏名		電話番号		続柄
		メールアドレス				
	④	氏名		電話番号		続柄
		メールアドレス				
※万一の場合に備え、緊急連絡先同士で連絡先を共有されることを推奨いたします。						
申請者	利用希望者との関係	☐ 本人 ☐ 家族(続柄) ☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 指定介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ その他 ()				
	氏名・事業者名					
	住所					
	電話番号	()				
契約者 (利用料負担者)	利用希望者との関係	☐ 本人 ☐ 申請者 ☐ 家族(続柄) ☐ その他 ()				
	氏名					
	住所					
	電話番号	()				

同意書欄

当事業を利用するにあたり、以下の事項を確認のうえ、同意します。

1. 利用希望者について、住民基本台帳による確認を行い、利用を決定した場合は、サービスに必要な個人情報を当事業の委託事業者へ提供すること。
2. 機器の利用状況について、高齢者支援に係る地域包括支援センター、民生委員、介護サービス事業者等に必要な範囲で情報を提供すること。

利用希望者(署名)