別記第１号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

　（宛先）白井市長

白井市ひとり暮らし高齢者等見守り事業利用登録届出書

　白井市ひとり暮らし高齢者等見守り事業を利用したいので、別紙同意書を添えて、次のとおり届け出します。

１　利用者の情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 性別 |  |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　　歳） | | | |
| 電　話 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| ファックス |  | | | |
| メール |  | | | |
| 世帯の状況 | □　ひとり暮らし  　□　６５歳以上の者のみで構成される世帯  □　６５歳未満の同居家族がいるが、家族の就労等により、日中ひ  　　とりで生活する常況にある世帯  　□　その他の世帯 | | | |
| 公的サービス  利用状況 | 介護保険、高齢者福祉サービス等による週1回以上の自宅への訪問  　□　あり（利用しているサービス：　　　　　　　　　　　　）  　□　なし | | | |
| 利用等の理由 |  | | | |
| 希望する見守り方法  ※いずれか１つ  　に☑ | □　訪問による見守り　　　→　見守りパートナーが訪問  　□　電話による見守り  　□　ファックスによる見守り　　ネットワークパートナーが連絡  　□　メールによる見守り | | | |

２　緊急時のための情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけの医療機関１ | 医療機関名称 |  | | | 受診科目 | |  | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | | 主治医名 | |  | |
| かかりつけの医療機関２ | 医療機関名称 |  | | | 受診科目 | |  | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | | 主治医名 | |  | |
| 病気や  けが | 治療・経過観察中 |  | | | | | | |
| 既往 |  | | | | | | |
| 緊急  連絡先 | フリガナ | | 住　所 | 続柄 | | 電　話　番　号 | | 鍵の所持 |
| 氏 名 | |
| 連絡先１ |  | |  |  | | 自宅： | |  |
|  | | 携帯： | |
| 他（　　）： | |
| 連絡先２ |  | |  |  | | 自宅： | |  |
|  | | 携帯： | |
| 他（　　）： | |
| 連絡先３ |  | |  |  | | 自宅： | |  |
|  | | 携帯： | |
| 他（　　）： | |

注　既往症は、現在は治療していないが、過去にかかった大きな病気やけがを記入してく

　ださい。

第１号様式　添付書類

同　　意　　書

（宛先）白井市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

私は、白井市ひとり暮らし高齢者等見守り事業を利用するに当たり、利用登録届出書に記載した「１　利用者の情報」について、見守り先に提示することに同意します。

また、緊急事態の発生時に、内鍵等により入室できない場合には、内鍵等を壊し入室することを承知するとともに、その修復については、自ら行なうことを了解します。