年　　　月　　　日

野木町長　　　　　　　　　　様

申請者

住　　　　　所

氏　　　　　名

電　話　番　号

登録者との続柄

野木町高齢者等見守りキーホルダー登録申請書

野木町高齢者等見守りキーホルダー事業を利用したいので、野木町高齢者等見守りキーホルダー事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

なお、下記の情報を本事業の目的に基づき、野木町が必要と判断した場合は、地域包括支援センター、警察、消防、医療機関等に対し、情報提供をすることに同意の上申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登　　録　　　者 | ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | － |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （　　　　歳） |
| 見守りを必要とする理由 | □満75歳以上□日常生活自立度判定基準に該当□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 職員記入欄キーホルダー登録Ｎo |  |

野木町等高齢者見守りキーホルダー情報登録シート

新規申請・更新　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 | 野木町 |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| お名前 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | 介護認定 | 有（　　　　　　　　）・無 |
| 電話番号 | 固定：(0280)　　　　－ | 携帯：　　　　－　　　　－ |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 | 続柄（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号　固定：　　　－　　　－ | 携帯：　　　－　　　－ |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 | 続柄（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号　固定：　　　－　　　－ | 携帯：　　　－　　　－ |
| かかりつけ医療機関名 | 医療機関に　通院している　・　していない　　　　　※している場合は下記に記入 |
| 名称①： | （　　　　　　　　　　　　　　　科） |
| 電話番号：　　　　　－　　　　　－ |
| 名称②： |
| 電話番号：　　　　　－　　　　　－ | （　　　　　　　　　　　　　　　科） |
| 居宅介護支援事業所 | 名　　称： |
| 電話番号： |
| 治療中の病気 |  |
| その他備考 |  |