(様式第1号) 　　　　　　　　　≪令和６年度≫

**ひとり暮らし高齢者「安心コール」事業利用申込書**

　　　年　　　月　　　日

須坂市社会福祉協議会会長　様

**本事業について、下記のとおり申し込みます。**

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　　所 | 〒  須坂市　　　　　　　　　　　　　　　　　（町名　　　　　　　　　町） | | |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和　　　　　年　　　　　月　　　　　日(　　　　才) | | |
| 電話番号 |  | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　初年度登録年月日

☆**ご希望する曜日に○をつけてください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **火曜日** |  | **木曜日** |  | **どちらでも良い** |

※ご希望いただいた曜日の午前中（9時半～12時頃）にお電話します。

☆**お電話がつながらなかった時に「安否確認」を希望しますか。**※どちらかお選びください。

※「希望する」の方は、「安否確認の連絡先」にご連絡いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 希望する | 安否確認の連絡先（「希望する」の方のみご記入ください。）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄  電話番号 |
|  | 希望しない |

☆**本人の状況を教えてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **要介護認定**有　　・　　無  担当ケアマネジャー（認定有りの方）事業所　　　　　　　　　　　　氏名 | |
| **デイサービス利用**有（　　　　　　　曜日）　　・　　　無 | |
| **定期的な通院**有（　　　　　　　曜日、行先　　　　　　　　　　　　　）　　・　　無 | |
| **定期的な外出**　　　　有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　・　　無 | |
| **利用希望の理由** | |
| **電話をする際の注意点（当てはまるものに○をしてください）**  耳が遠い・電話にでるまでに時間がかかる・体調が不安定である・よく物忘れをすることがある・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 担当民生委員  氏名 | 町　　氏名　　　　　　　　　　　電話番号 |

※個人情報に関しては本事業実施の目的のみで利用し、それ以外の目的では利用いたしません。