

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。

<input type="checkbox"/>	火曜日	<input type="checkbox"/>	木曜日	<input type="checkbox"/>	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。

☆お電話が繋がらなかつた時に「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	<input type="checkbox"/> 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 _____
希望しない	電話番号 _____

☆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・電話にでき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。