様式第１号

朝日町「無事かえる見守り」支援事業登録申請書

　　年　　月　　日

朝日町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

朝日町「無事かえる見守り」支援事業実施要綱第３条の規定に基づき、朝日町「無事かえる見守り」支援事業の登録を申請します。

なお、本人に係る情報（本人の状況・写真、緊急連絡先等）を、関係機関に情報提供を行うことについて同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況 | ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | （旧姓：　　　　　　） | 生年月日 | 大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所 | 朝日町大字電話番号 |
| 世帯構成 | □ひとり暮らし　□高齢者夫婦世帯　□高齢者のみ世帯　□その他　　□日中独居 |
| 要介護度 | □なし　□あり（要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５）　□申請中 |
| 介護保険サービス | □利用なし□利用あり　担当居宅介護支援事業所（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主治医 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　医師名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | １番目 | 氏名 | 続柄（　　　　　） |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |
| ２番目 | 氏名 | 続柄（　　　　　） |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |

※１番目の連絡先（電話番号もしくは携帯電話番号）がネームにプリントされます。

※登録届は朝日町「無事かえる見守り」支援事業以外の目的に使用することはありません。