

(様式第1号)

ひとり暮らし高齢者「安心コール」事業 新規利用申込書

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	年	月	日(才)
電話番号			

☆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	<u>安否確認の連絡先</u> (「希望する」の方のみご記入ください。)
希望しない	氏名 _____ 続柄 _____ 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。