

志木市高齢者見守り通報システム利用申請書

年 月 日

志木市長様

申請者 住所  
氏名  
電話番号  
利用者との続柄

次のとおり添付書類を添えて申請します。

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
対象者氏名				日生（ 歳）	
住所	志木市				
電話番号	（ ）		FAX・携帯	（ ）	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
緊急連絡先	氏名		続柄	住所	
	電話番号	（ ）		携帯番号	（ ）
	氏名		続柄	住所	
	電話番号	（ ）		携帯番号	（ ）
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（1. 2） <input type="checkbox"/> 要介護（1. 2. 3. 4. 5）				
身体状況	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級）・なし				
病名、症状等	上記でチェックした身体状況にかかる病名等、詳しい症状を記入してください。				
救急搬送の状況		過去 ヶ月以内に 回			
かかりつけ 医療機関	病院名			電話番号	（ ）
	病院名			電話番号	（ ）
ケアマネージャー ※該当の場合のみ記入	事業者名			電話番号	（ ）
	担当者名				
代筆 ※該当の場合のみ記入	代筆者の氏名			本人との関係	
	住所	〒		電話番号	（ ）