

年 月 日

岩見沢市長 様

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業利用申請書

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。

申請者	住所	岩見沢市		
	ふりがな 氏名	⑨	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
	電話番号	血液型	A・B・AB・O	
下記に該当する項目にチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 市民税が非課税 <u>(必須)</u> <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上の病弱な者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 重度障がい者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 重度障がい者及び60歳以上の病弱な者のみで構成される世帯				
緊急時の連絡先（親族等）をご記入ください。				
緊急連絡先① <u>(必須)</u>	氏名：		間柄：	
	住所：		電話：	
緊急連絡先②	氏名：		間柄：	
	住所：		電話：	
身体状況	持病等についてご記入ください。			
	かかりつけ病院：			
	電話番号：			
	持病・障がい等：			
生活状況	下記に該当する項目にチェックしてください。			
	<input type="checkbox"/> プロパンガス <input type="checkbox"/> 都市ガス <input type="checkbox"/> ガス不使用（オール電化等） <input type="checkbox"/> 電話回線あり <input type="checkbox"/> 電話回線なし			
希望する 指定事業者	<input type="checkbox"/> ALSOK岩見沢営業所 <input type="checkbox"/> セコム空知営業所			
同意確認事項(次の内容を確認の上、記載内容に同意する場合はチェックしてください。)				
<input type="checkbox"/> 本書記載内容の確認のため、住民基本台帳及び課税状況等を調査、閲覧することに同意します。 <u>(必須)</u> <input type="checkbox"/> 本書記載内容を、希望する指定事業者に通知することに同意します。 <u>(必須)</u> <input type="checkbox"/> 本書記載内容を、岩見沢消防及び担当エリア民生委員に情報提供することに同意します。 <u>(必須)</u>				

※ 申請内容に変更が生じた場合は、本申請書により再度提出してください。

記載例

令和 ●年 ●月 ●日

岩見沢市長 様

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業利用申請書

岩見沢市高齢者・障がい者見守り支援事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。

必須	所	岩見沢市鳩が丘1丁目1番1号			
申請者	ふりがな	いわみ たろう	Ⓜ	生年月日	●●年 ●月 ●日
	氏名	岩見 太郎			
	電話番号	23-4111	血液型		●
下記に該当する項目にチェックしてください。					
<input checked="" type="checkbox"/> 市民税が非課税 (必須) <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯					
<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上の病弱な者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 重度障がい者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 重度障がい者及び60歳以上の病弱な者のみで構成される世帯					
緊急時の連絡先（親族等）をご記入ください。					
緊急連絡先① (必須)	氏名	岩見 一郎	間柄	長男	連絡がとれる方を1人以上記入
	住所	岩見沢市●条●丁目●番地	電話	●●-●●●●	
緊急連絡先②	氏名	岩見 二郎	間柄	次男	
	住所	札幌市●●●●●●●●	電話	090-●●●●-●●●●	
身体状況	かかりつけ病院	ご記入ください。 市立総合病院	下記内容に伴う症状等を記入してください ・緊急時に機敏に行動することが困難 ・自力で起き上がることが困難 ・自ら救命要請を行うことが困難		
	持病・障がい等	・狭心症、高血圧、不整脈 ・要支援1の介護認定を受けている ・急な発作がある ・急に意識を失うことがある ・呼吸困難になることがある ・失語、難聴 ・強度のめまいがある ・転倒後、起き上がることが困難			
生活状況	下記に該当する項目にチェックしてください。				
<input checked="" type="checkbox"/> プロパンガス <input type="checkbox"/> 都市ガス <input type="checkbox"/> ガス不使用（オール電化等） <input checked="" type="checkbox"/> 電話回線あり <input type="checkbox"/> 電話回線なし					
希望する指定事業者	<input type="checkbox"/> ALSOK岩見沢営業所 <input type="checkbox"/> セコム空知営業所				どちらかにチェック
同意	必須	項（次の内容を確認の上、記載内容に同意する場合はチェックしてください。）			
<input checked="" type="checkbox"/> 本書記載内容の確認のため、住民基本台帳及び課税状況等を調査、閲覧することに同意します。 (必須) <input checked="" type="checkbox"/> 本書記載内容を、希望する指定事業者に通知することに同意します。 (必須) <input checked="" type="checkbox"/> 本書記載内容を、岩見沢消防及び担当エリア民生委員に情報提供することに同意します。 (必須)					

※ 申請内容に変更が生じた場合は、本申請書により再度提出してください。