

古河市長 宛て

高齢者見守りサポート事業利用申請書

標記事業の利用について、古河市高齢者見守りサポート事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな			生年	年 月 日	
	氏名			月日	( 歳)	
	住所			電話番号	固定 携帯	
	住宅	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅等 (括弧内に所有者又は管理人の氏名及び連絡先を記入してください。) ( )				
既往歴 又は 持病等						
掛かり付け 医療機関名		(連絡先 )				
		(連絡先 )				
要介護認定		有り・無し・申請中	介護度			
身体障害者手帳		有り・無し・申請中	障がいの程度			
世帯員 ※同居人 がいる場 合に記入	ふりがな			生年	年 月 日	
	氏名			月日	( 歳)	
	該当する 項目に○ を記入	① 身体障害者手帳 ( 1 級 ・ 2 級 )		② 精神障害者保健福祉手帳 1 級		
		③ 療育手帳 ( A ・ ㊦ )	④ 要介護 4 ・ 要介護 5		⑤ 認知症	
緊急 連絡先 (親族等)	通報順位	氏名	申請者 との関係	住所	電話番号	
	ふりがな				固定	
	①				携帯	
	ふりがな				固定	
	②				携帯	
	ふりがな				固定	
③				携帯		