第１号様式（第４条関係）

在宅ひとり暮らし高齢者等登録資格認定申込書兼生活実態調査票兼台帳

　　　　　年　　月　　日

　（宛先）

秦野市副市長

私は、次の同意事項を確認のうえ、在宅ひとり暮らし高齢者等の登録資格の認定について申し込みます。

※　申込者及び世帯員御本人が同意事項を確認し、署名又は記名押印をしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者  及び  世帯員 | 住　所 | 秦野市 | |
| 氏　名 | ㊞ | ㊞ |
| ㊞ | ㊞ |
| 同意事項  １　この様式に記載された内容（次項に示す変更内容を含む。）及びこの申込みの結果について、秦野市（消防本部を含む。）、地域高齢者支援センター及び民生委員に共有されること。  ２　登録要件に該当しなくなったとき又は登録について必要な事項の変更をしたときに、担当民生委員等が「在宅ひとり暮らし高齢者等登録資格認定変更届」により手続をすること。 | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地区担当 | 民生委員： | (　　　)地域高齢者支援センター |
| 訪 問 者 | □ 民生委員 　□ 地域高齢者支援センター(氏名：　 　　　　) | |
| 訪 問 日 | 年　　　　月　　　　日 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 固定電話番号 | |  | | 火災報知器設置 | □ 有 　□ 無 　□ 不明 | |
| 緊急連絡先 | 氏　名 | | 関　係 | 住　所 | | 電話番号 |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |

※　申込者及び世帯員の詳細について裏面に記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | ふりがな |  | 男  女 | 生年月日 | | □大正 □昭和  　年 　月 　日 |
| 氏　名 |  |
| 携帯電話番号 | |  |
| 健康状態等 | かかりつけ | 病院・薬局等 ： | | | | |
| 持病等 | 病　名 ：  服用薬 ： | | | | |
| ケアマネ | 事業所 ： | | | 担当者 ： | |
| 特記事項 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯員 | ふりがな |  | 続柄 | 男  女 | 生年月日 | □大正 □昭和  　年 　月 　日 |
| 氏　名 |  |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 健康状態等 | かかりつけ | 病院・薬局等 ： | | | | |
| 持病等 | 病　名 ：  服用薬 ： | | | | |
| ケアマネ | 事業所 ： | | | 担当者 ： | |
| 特記事項 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯員 | ふりがな |  | 続柄 | 男  女 | 生年月日 | | □大正 □昭和  　年 　月 　日 |
| 氏　名 |  |  |
| 携帯電話番号 | |  |
| 健康状態等 | かかりつけ | 病院・薬局等 ： | | | | | |
| 持病等 | 病　名 ：  服用薬 ： | | | | | |
| ケアマネ | 事業所 ： | | | | 担当者 ： | |
| 特記事項 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |