

寒河江市「無事かえる」支援事業登録申請書

年 月 日

寒河江市長 殿

申請者

住 所

氏 名

(本人との続柄)

電話番号

寒河江市「無事かえる」支援事業実施要綱第3条の規定に基づき、寒河江市「無事かえる」支援事業の登録を申請します。

本人の状況	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名	(旧姓 :)	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住 所	寒河江市 電話番号		
	世 帯 構 成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日中独居		
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中		
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり 担当居宅介護支援事業所 ()		
	主 治 医	医療機関名	医師名	

緊急連絡先	1 番 目	氏 名	続柄 ()	
		住 所		
		電 話 番 号	携帯電話	
	2 番 目	氏 名	続柄 ()	
		住 所		
		電 話 番 号	携帯電話	

※ 1 番目の連絡先 (電話番号もしくは携帯電話番号) がネームにプリントされます。

登録内容について、市長が警察署に対して情報提供を行うことに同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____

(申請者)