

田村市高齢者おかえり支援事業登録申請書

年 月 日

田 村 市 長 様

申請者
住 所
氏 名 印
(本人との続柄：)
電話番号

田村市高齢者おかえり支援事業実施要綱第3条の規定に基づき、田村市高齢者おかえり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	年 月 日 (歳)
	住 所	田村市 電話番号		
	世帯構成	☐ ひとり暮らし ☐ 高齢者夫婦世帯 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 日中独居 ☐ その他 ()		
	要介護度	☐ なし ☐ あり(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) ☐ 申請中		
	介護保険サービス	☐ 利用なし ☐ 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	携帯番号	
	2 番 目	氏 名	続柄 ()	
		住 所		
		電話番号	携帯番号	

※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。

登録情報について、市長が警察署に対して情報提供を行うこと、田村市防災無線及び情報配信サービス等による捜査協力に使用することに同意します。

申請者氏名 印