

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	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()		
	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、田村市メール配信サービス及び防災無線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