

第1号様式（第9条関係）

草加市地域支援事業サービス利用申請書

年 月 日

草加市長 宛て

住所

申請者 氏名



※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。

電話・FAX番号

本人との続柄

次のとおり地域支援事業のサービスを利用したいので申請します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) 草加市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話・FAX番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( )
申請理由				
申請するサービス (申請したいサービスの種類に○印を付けてください。)				
	1 認知症高齢者位置情報探索事業			
	2 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業			
	3 おむつ支給事業			
	4 あんしん見守りネットワーク事業			
	5 医療・救急情報管理システム事業			
世帯状況 (該当する箇所に○印を付けてください。)				
	ひとり暮らし世帯		日中独居世帯等	
	高齢者のみの世帯		その他の世帯	
要介護認定の状況		被保険者番号		
	申請無し	申請中	自立	要支援1
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
				要支援2
				要介護5

(注) 事業ごとに必要な資料を添付してください。

# 草加市地域支援事業利用申請書添付資料

(あんしん見守りネットワーク事業用)

登録番号					
フリガナ		性別	生年月日	年齢	血液型
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	才	型
フリガナ					
住所	〒				
目標物			電話番号 ※電話回線必須	(自宅)	
				(携帯)	
持病名	①	④			特記事項 アレルギー等
	②	⑤			
	③	⑥			

※目標物は自宅がある場所の目安となる建物や場所等を記入して下さい。  
(例：〇〇小学校、〇〇公園の南側、国道〇号線沿い 等)

## ○医療機関情報

かかりつけ医療機関名	所在地（住所）	電話番号
①		
②		
③		

## ○協力員（緊急連絡先）情報

協力員 1	フリガナ		関係	合鍵	電話番号
	氏名			有・無	(自宅) (携帯)
	住所				
協力員 2	フリガナ		関係	合鍵	電話番号
	氏名			有・無	(自宅) (携帯)
	住所				
協力員 3	フリガナ		関係	合鍵	電話番号
	氏名			有・無	(自宅) (携帯)
	住所				

※原則 2 名以上の登録が必要です。

利用者氏名 :

○福祉情報（担当の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 等）

事業所名		電話番号	
担当者名			

○毎月のお伺い電話について

毎月して欲しい ・ 3ヶ月に1回程度はして欲しい ・ して欲しくない  
その他 [ ]

○特記事項

※救助の際の合鍵の有無や保管場所、救助口について希望があればご記入ください。

この「あんしん見守りネットワーク事業 調査書」に記載した情報と取扱いについて、次の事項に同意します。

①この情報は地域包括支援センターへ提供すること。  
②この情報は必要に応じて草加八潮消防局へ提供し、草加八潮消防局及び搬送先の医療機関がこの情報を救急活動に活用すること。  
③救急要請をした場合、かかりつけ医療機関があっても他の病院に搬送される場合があること。

年 月 日

氏 名 印