

宮古島市高齢者見守り事業申請書

年 月 日

| | | |
|-----|---------|--|
| 申込者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 利用者との続柄 | |

下記の記載事項に同意し、利用の申込みをします。

| | | | | | |
|--|---|----|-----------|-------------------------|------|
| ふりがな | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳) | |
| 氏名 | 印 | | | | |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | | |
| 介護度(※) | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | | |
| 介護認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| 家族の状況 (緊急時の連絡先も兼ねています。同居していない人も記入して下さい) | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 住所 | 電話番号 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | 名 称 | | | | |
| | 所 在 地 | | | | 電話番号 |
| 特記事項 | | | | | |
| 利用目的 | | | | | |
| 居宅介護支援事業者 | | | | | |
| 担当ケアマネージャー | | | | | |
| 宮古島市緊急通報システム設置 | 1 設置している | | 2 設置していない | | |
| 訪問介護事業者 | | | | | |
| 鍵ボックス暗証番号4桁でお願いします | | | | | |

【同意事項】

- ※1 このサービスの利用申込にあたり、サービス実施のために必要な申請書記載の情報を委託業者及び訪問介護事業所及び担当ケアマネージャーに提供することに同意します。
- ※2 利用者の居宅にケアコール端末を設置し、申請書にある訪問介護事業者が定期的又は緊急時に訪問することに同意します。
- ※3 申請書にある訪問介護事業者が、安否を確認するために行った必要かつやむを得ない行為により受けたい損害について、宮古島市、訪問介護事業者はその責めを負わないことに同意します。