

安心支え合いネットワーク事業 登録申請書

フリガナ		性 別	生年月日	年 月 日(歳)		
氏 名		男・女	電話番号又は連絡先		地区民生委員	
住 所	あま市					
世帯の状況	一人暮らし高齢者 ・ 高齢者世帯 ・ その他()					
持 病 ・ 既往歴						
ケアマネジャー	事業所名			担当者名		
	電話番号					
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所・勤務先等		連絡先(電話等)	
	1					
	2					
	3					
希望活動	<input type="checkbox"/> 見守り活動 (月・火・水・木・金・土 / 時間帯) <input type="checkbox"/> 声かけ活動 (月・火・水・木・金・土 / 時間帯) <input type="checkbox"/> 安心電話 (月・火・水・木・金・土 / 時間帯) <input type="checkbox"/> お助け活動 ()					
<p>あま市社会福祉協議会長 様</p> <p>安心支え合いネットワーク事業による地域での支援を受けたいので、安心支え合いネットワークに登録し、必要な情報を関係機関に提供または提示すること、サービスの調整等に必要調査を関係機関が行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人氏名 印</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">代理人氏名 印 (続柄:)</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/>						
備 考						