

みよし市ひとり暮らし高齢者等登録申請書兼登録台帳

年 月 日

(宛先) みよし市長
ひとり暮らし高齢者等の登録を申請します。
1 ひとり暮らし ・ 2 高齢者世帯等

対象者	ふりがな				血液型
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	電話番号 携帯電話		
	住 所	みよし市			
	家族構成(本人含む) 人				
	ふりがな	生年月日	続柄	備考	
	同居親族氏名				
		年 月 日			
		年 月 日			
主な 疾病	病名	医療機関	主治医		
	病名	医療機関	主治医		
福祉サービス	福祉手帳 1 なし 2 あり(身障 その他) 介護認定 1 なし 2 あり(要支援() ・ 要介護()) サービス 1 介護保険 ヘルパー・デイサービス・ショートステイ その他() 2 その他 配食サービス その他()				
住居の 状況	所有 持家 賃貸 形態 戸建 アパート(階) 集合住宅(マンション・公営住宅等 階) その他 移動、外出 特に問題なし 屋内移動困難(場所) 外出時に介助必要 その他の問題()				
緊急連絡先 (親族等)	ふりがな			対象者との続柄	備考
	氏名				
	住所			電話番号 携帯電話	
	ふりがな			対象者との続柄	備考
	氏名				
	住所			電話番号 携帯電話	
	ふりがな			対象者との続柄	備考
	氏名				
	住所			電話番号 携帯電話	

家族の状況 (氏名)

主な 疾病	病名	医療機関	主治医
	病名	医療機関	主治医
福祉 サー ビス	福祉手帳	1 なし	2 あり(身障 その他)
	介護認定	1 なし	2 あり(要支援() ・ 要介護())
	サービス	1 介護保険	ヘルパー・デイサービス・ショートステイ その他
	2 その他	配食サービス その他	

家族の状況 (氏名)

主な 疾病	病名	医療機関	主治医
	病名	医療機関	主治医
福祉 サー ビス	福祉手帳	1 なし	2 あり(身障 その他)
	介護認定	1 なし	2 あり(要支援() ・ 要介護())
	サービス	1 介護保険	ヘルパー・デイサービス・ショートステイ その他
	2 その他	配食サービス その他	

同意欄

(宛先) みよし市長

私は、前記の内容をみよし市ひとり暮らし高齢者等登録申請書兼登録台帳に登録するとともに、高齢者福祉サービス事業に関するとき、又は緊急事態発生時などに、その台帳を豊田警察署、尾三消防組合、みよし市社会福祉協議会並びにみよし市内の地域包括支援センター、行政区及び民生児童委員に提供することに同意します。

年 月 日

代理人住所

本人氏名 代理人氏名 (続柄)

その他特記事項