

要援護者登録申請書

令和 年 月 日

八頭町社会福祉協議会長 様

私は、地域の支援を受けたいので、「要支援者登録台帳」への登録を申請します。

また、私が届け出た下表の個人情報を、社会福祉協議会が町及びこだまネットワーク設置要綱に定める地域支援者等に提供することに同意します。

本人氏名 _____ ㊟

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ ㊟ (続柄 _____)

※代理人記入の場合は、親族の方をお願いします。

住所・電話番号	八頭町 _____ 電話 (_____)				
フリガナ		性別	世帯主名	家族構成(本人を含む)	
本人氏名		男・女		_____ 人	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 (_____) 歳	
掛かり付け医療機関		日常的に必要としている薬・医療器具等			
地域の支援を必要とする理由	①一人暮らし高齢者 ②昼間に一人暮らしの高齢者 ③高齢者のみの世帯 ④各項目に準ずる状態にある者 ⑤その他 (_____)				
特記事項					
希望する支援活動 (希望するもの全てに○を付けて下さい)	①日ごろの声かけ、見守り ②毎日の電話による安否確認 ③福祉サービスの情報提供 ④その他 (_____)				
緊急時連絡先	①	住 所	氏 名	本人との続柄	電話番号
	②	住 所	氏 名	本人との続柄	電話番号

※ 取得した個人情報は、本事業以外に利用されることはありません。

※ 以下 社協記入欄

登録年月日	R 年 月 日	登録番号	
廃止年月日	R 年 月 日	住居地域	