様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

八百津町長　　　　　　様

申請者：住所

　　　 　　　　氏名

八百津町高齢者等見守りシール交付申請書

見守りシールの交付を受けたいので、八百津町高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第７条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな  （申請者との関係　　　　　） | | | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 血液型 | （　　　　）ＲＨ ＋・－ | |
| 住所 | 八百津町 | | | 電話番号 | －　　　－ | |
| 利用者の状況 | 下記、該当の状況に○  １ 一人暮らし高齢者　　２ 身体障がい者　　３ 認知症高齢者　　４ その他 | | | | | |
| 家族構成 | 氏名　　　　　　　　　　　　（　　　歳）続柄（　　　　）　同居・別居  氏名　　　　　　　　　　　　（　　　歳）続柄（　　　　）　同居・別居  氏名　　　　　　　　　　　　（　　　歳）続柄（　　　　）　同居・別居 | | | | | |
| 身体の状況  （特　徴） | 身長：　　ｃｍ , 体重：　　　ｋｇ , 姿勢：  体格：肥満・中肉・痩身 ,　 眼鏡： 有 ・ 無 , 頭髪の特徴  特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 病　名 | 医療機関名 | 主治医氏名 | 住所及び電話番号 | | | 服薬名 |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
| 介護保険 | □　要介護（　　　）　 　□　要支援（　　　　） 　　□　非該当 ・ 未申請 | | | | | |
| ケアマネジャー事業所名  （担当者　　　　　　　　　　）　℡ | | | | | |
| アレルギー | 無 ・ 有　食物（　　　　　　）薬（　　　　　　）その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 身障手帳 | 無 ・ 有（　　　　　種　　　　級） | | | | | |