様式第２号(第３条関係)

（表面）

神栖市ひとり暮らし高齢者等見守り支援事業利用者概況表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (神栖市ひとり暮らし高齢者等見守り支援事業利用者原票) | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＊ |
| 利用者 | ふりがな |  | | | 性　別 | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生  （　　　歳） | | | | |
| 氏名 |  | | |  | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険名 | １国民健康保険　２後期高齢者保険　３社会保険　４共済保険  ５生活保護　　　６その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳 | 無・有 | 身体障害者１・２級　／　療育手帳Ａ・マルＡ　／　精神手帳１級 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅 | 持家・借家 | | 戸建・集合　　　木造・鉄骨　　　　平屋・　　階建て | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員  ※いる場合 | ふりがな |  | | | | 性　別 | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生  （　　　歳） | | | |
| 氏　　名 |  | | | |  | | | | | |
| 該当する項目に○を記入 | １要介護　２認知症　３身体障害者１・２級 ／ 療育手帳Ａ・マルＡ ／ 精神手帳１級 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 連絡順位 | 氏名 | | 続柄 | | | 住所 | | | | | | | | | | 電話番号 | |
| 1 |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 2 |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
| 3 |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
| かかりつけ  医療機関 | 病名 |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 担当医師名 | （　　　　科） | | | | | | | | （　　　　科） | | | | | | | | |
| 近隣協力員 | 通報順位 | 氏名 | | 続柄 | | | | | 住所 | | | | | | | 電話番号 | | |
| 1 |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 2 |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 3 |  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 申請  理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 機種 | 固定電話型機器　／　携帯電話型機器 | | | | | | | 申請  代行者 | | | 氏名　　　　　　　　（続柄：　　　　）  電話番号 | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市記入欄 | □第1圏域 □第２圏域 □第３圏域 | 民生委員（　　　　 　地区 ） |
| 該当理由　(１)□ア　□イ　□ウ　□エ　(２)□ア　□イ　□ウ　(３)□その他 | |

(裏面)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者宅案内図 | | | | |
| 利用者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 電話 |  |
|  | | | | |