

文 京 区 長 殿

高齢者等見守りあんしん電話 新規・変更利用申請書

以下のとおり、高齢者等見守りあんしん電話の 【 新規利用 ・ 変更 】 を申請します。

※新規利用、変更のいずれか一方に○をお願いします。

申請者	申請手続きをした方（申請者と同じ場合は、記入不要です。）
住 所	住 所
フリガナ	フリガナ
氏 名	氏 名
電話番号	電話番号
生年月日 年 月 日	申請者との続柄

1 電話による見守り希望事項 ※ ご利用状況によりご希望に添えない場合があります。

希望回数 週（ ）回 （1回から3回までの間でご記入ください。）

希望曜日 （ ）曜日

希望時間帯 ※ 下記から1つ選択 （ ）

①10：00～12：00 ②12：00～13：00 ③13：00～15：00 ④15：00～17：00

2 その他の変更等

[]

高齢者等見守りあんしん電話の申請及び利用をするに当たり、次の項目に同意します。

- ・ 住民基本台帳による申請書の住所、氏名、生年月日等についての確認を受けること。
- ・ 申請した内容（身体状況に関する内容を含む。）を委託事業者に提供すること。
- ・ 高齢者あんしん相談センター等の関係機関に必要な情報を提供すること。
- ・ 利用要件に該当しないときや、事業を行うことが適当でないと認められたときに、利用を取り消すこと。

身体状況等調書

(年 月 日現在)

フリガナ 申請者氏名		血液型	型
フリガナ 記入者氏名	※申請者以外の方が記入した場合に、ご記入願います。	申請者との関係	
		連絡先	
疾患等について	病気は <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある () 診療は <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている 医療機関名 _____ 電話番号 () _____		
日常生活について	健康状態について (一つ選択) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い 電話の応答について (複数回答可) <input type="checkbox"/> すぐに出られる。 <input type="checkbox"/> 応答までに2～5分ほどかかる。 <input type="checkbox"/> 不在の場合が多い。 <input type="checkbox"/> 受話器からの音声は聞こえづらい。 そのほかに関心あることや伝えたいことがあれば、お書きください。 [_____]		

○ 高齢者等見守りあんしん電話に回答がなかった場合の指定連絡先は、以下のとおりです。

指定連絡先	優先順位	フリガナ氏名	住所	電話番号	続柄(関係)
	1				
	2				
	3				

○ 家族等へのメールによる月1回の定期レポート (会話の様子を簡単に記したもの) 希望について

希望する場合のみ 下記必要事項をご記入ください。

定期レポート送付先

メールアドレス	@
送付先 氏名・続柄	続柄 ()

申請者 (ご本人) の署名 ※定期レポートのご利用には申請者 (ご本人) の署名が必要です。

氏名 _____