

高齢者安心地域ネットワーク事業利用申請書(登録台帳)

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所
氏 名
続 柄
電 話

㊞

高齢者安心地域ネットワーク事業を利用したいので、次のとおり申請します。

		登 録		登 録 抹 消			
No.		平成 年 月 日		平成 年 月 日			
ふりがな		年 月 日生	目 標 と な る も の				
氏 名	男・女	(満 歳)					
住 所							
主な病名など	身体の状態		血液型	型			
かかりつけ 医療機関	主 治 医		TEL	() -			
親 族 等 緊急連絡先							
特 徴							
体 格	身長	cm	体重	kg	髪型	メガネ	有・無
担当ケアマネ ジャー	氏 名		事業所の電話番号		事業所の名称及び住所		
担当民生委員	氏 名		電話番号		住 所		

※ 利用者本人の直近の顔写真と全身の写真2枚を添付してください。