

年 月 日

（申請先） 土浦市長

（申請者）
 住 所
 氏 名 印
 電話番号 （ ）
 対象者との続柄 （ ）

土浦市高齢者見守りキーホルダー登録申請書

キーホルダーの配布を受けたいので、土浦市高齢者見守りキーホルダー事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

また、土浦市高齢者見守りキーホルダー情報登録シートに記載されている情報について、市が、緊急時に救急隊員、医療機関及び行政関係機関等に対し、情報提供することに同意します。

記

| | | | | |
|-----|------------------|--|-----|-------|
| 対象者 | ふりがな | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | 土浦市 | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日（ 歳） | | |
| | 該当する番号に○を付けてください | 1 65歳以上のひとり暮らしの者 2 認知症状がある者 3 その他（ ） | | |
| 備考 | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| （職員記入欄） キーホルダーNo. | |
|-------------------|--|

土浦市高齢者見守りキーホルダー情報登録シート

記入日 年 月 日

| | | | | | |
|---------------|---|----|-------|------|-------------|
| ふりがな | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住所 電話番号 | 土浦市 ☎ () | | | | |
| 緊急連絡先 ① | ふりがな 氏名 | 続柄 | | | |
| | 電話番号① | | 電話番号② | () | |
| | 住所： | | | | |
| 緊急連絡先 ② | ふりがな 氏名 | 続柄 | | | |
| | 電話番号① | | 電話番号② | () | |
| | 住所： | | | | |
| かかりつけ 医療機関 | 医療機関名 ☎ () | | | | |
| | 主治医氏名 | | | | |
| 病名 | | | | | |
| アレルギー | 無 ・ 有 内容() | | | | |
| 認知症 | 無 ・ 有 徘徊 ^{はいかい} (有 ・ 無) その他症状() | | | | |
| 介護保険 | 介護認定： 無 ・ 有 ・ 未利用 | | | | |
| | 居宅介護支援事業所名： 担当氏名： ☎ () | | | | |
| 情報提供 同意欄 | ※私は、このシートに記載した情報について、市が事業の趣旨に鑑みて必要であると判断した場合に必要な機関へ情報提供することに同意します。 本人署名 _____ 代筆者氏名 (続柄) | | | | |

※本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族やケアマネジャーが本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。