様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

龍ケ崎市長　様

（申請者）住　　所
氏　　名
（対象者との続柄　　）
電話番号

龍ケ崎市高齢者等見守りサポート事業利用申請書

龍ケ崎市高齢者等見守りサポート事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="7">利用者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2">（ 男 ・ 女 ）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">龍ケ崎市</td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>介護認定情報</td><td colspan="5">なし　・　申請中
要支援状態区分　１　２　　要介護状態区分　１　２　３　４　５</td></tr>
<tr><td rowspan="2">身体障害者手帳</td><td colspan="2">有　・　無</td><td colspan="3">手帳番号（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害名（　　）</td><td colspan="3">障害等級（　　）</td></tr>
<tr><td>住　　宅</td><td colspan="5">□ 持ち家
□ 賃貸住宅等（所有者又は管理人の氏名・電話番号）
氏名：　　電話番号：</td></tr>
<tr><td rowspan="4">かかりつけ医</td><td>病名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>担当医師名</td><td colspan="2">（　　科）</td><td colspan="3">（　　科）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">緊急連絡先</td><td>連絡順位等</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td colspan="2">住　　所</td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>居宅介護支援事業所等</td><td colspan="2">事業所名及び担当者名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>