

様式第 1 号(第 6 条関係)

稲敷市高齢者見守りサポート事業利用申込書

年 月 日

稲敷市長 様

(申込者) 住 所
氏 名
電話番号
対象者との続柄 ()

稲敷市高齢者見守りサポート事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 利用者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
電 話 番 号	固定電話：		携帯電話：		
利用者住所	稲敷市				
住宅の状況	一戸建て ・ 集合住宅 ()				
賃貸物件 の管理者 (大家など)	管理者 氏 名 () ☐ 管理者設置承認済	住 所			
		連絡先			
75 歳以上 の同居者	有・無	(ふりがな) 同居者氏名			生年 月日 年 月 日 (歳)
同一敷地内または 隣接地に居住する 75 歳未満の親族等	有・無	見守り者が 不在となる時間		1 日 時間以上 (週 日)	
緊 急 連 絡 先 (最低 1 名)	氏名及び利用者との関係		住 所		電話番号
	()				
	()				
	()				
近 隣 協 力 員 (最低 1 名)	氏名及び利用者との関係		住 所		電話番号
	()				
	()				
	()				
地区担当 民生委員	氏 名		住 所		電話番号

※該当する箇所には○をつけて提出してください。
※併せて【 別紙 】稲敷市高齢者見守りサポート事業利用者状況票 を提出してください。