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）		

	氏名及び利用者との関係	住　　所	電話番号
緊 急 連 絡 先 (最 低 1 名)	(　　)		
	(　　)		
	(　　)		
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。