

# 高齢者等安否確認事業利用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 貝塚市社会福祉協議会会長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

利用者との間柄 \_\_\_\_\_

高齢者等安否確認事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

ふりがな		男	大正・昭和	
利用者氏名		・	年 月 日 ( 歳)	
		女		
利用者住所	〒 - 貝塚市	電話	自宅 ( ) 携帯 - -	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> その他 ( )			
身体の状況等	※疾病名、既往歴など			
希望曜日	ボランティアからの電話連絡を希望する曜日・時間帯をお選びください。			
	<曜日>		<時間帯>	
	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日		<input type="checkbox"/> 10時～11時 <input type="checkbox"/> 11時～12時	
緊急連絡先①	氏名	ふりがな	続柄	電話 ( )
	住所	〒 -		
緊急連絡先②	氏名	ふりがな	続柄	電話 ( )
	住所	〒 -		

利用申請書に記載された個人情報について、地域での見守り等のため、あんしんコール協力者(ボランティア)のほか、必要に応じて民生委員・児童委員に提供することに

同意します  同意しません 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

※以下は記入不要です。

上記申請に対し、利用を 許可 ・ 却下 してよろしいかお伺いします。

令和 年 月 日

決裁	会長	常務理事	事務局長	主幹	事務主任	係員

