

大野城市緊急まどかコール利用申請書

大野城市長 様

申請者（対象者）氏名 _____ 印

申請者（対象者）住所 _____

電話番号 _____

大野城市緊急まどかコールの利用について、大野城市緊急まどかコール実施要綱第6条の規定により申請します。

また、利用決定後、大野城市緊急まどかコールに関わる以下の個人情報を大野城市の各地区地域包括支援センター、消防機関及び同要綱第2条ただし書きに規定する事業者を提供されることに同意します。なお、以下の対象者以外の個人情報については、すべて本人の同意を得て記載していることに相違ありません。

対象者の情報	生年月日	年 月 日生	性別	男・女	血液型	A・B・O・AB
	介護保険被保険者番号				要介護度	支1・支2・未認定
	障害者手帳番号				等級	
緊急連絡先	ふりがな氏名			対象者との関係		
	住所			電話番号		
	ふりがな氏名			対象者との関係		
	住所			電話番号		
かかりつけ病院	1	医療機関名		主治医名		
		主な病名		電話番号		
	2	医療機関名		主治医名		
		主な病名		電話番号		
	3	医療機関名		主治医名		
		主な病名		電話番号		

(表)

協 力 員 情 報	1	ふりがな 氏 名		対象者との 関 係		
		住 所		電話番号		
		対応可能時間	: ~ :	対象者宅の鍵の有無		
	2	ふりがな 氏 名		対象者との 関 係		
		住 所		電話番号		
		対応可能時間	: ~ :	対象者宅の鍵の有無		
	担当 民生 委員	ふりがな 氏 名				
		住 所		電話番号		
		対応可能時間	: ~ :	対象者宅の鍵の有無		
住 居 管理人	氏 名					
	住 所		電話番号			
そ の 他	<input type="checkbox"/> 現在受けている介護保険サービス () <input type="checkbox"/> 現在受けている福祉サービス ()					

市役所記入欄

行政 区 ()

加入番号 ()

(裏)