

別 記
第1号様式

独居高齢者見守り支援事業利用申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所

氏 名

独居高齢者見守り支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

氏 名 及 び 性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	

緊急連絡先（電話連絡による安否確認の場合は、報告先となります。）

ふりがな 氏 名	性別	住 所	電話番号 ・メールアドレス（電 話連絡による安否確認 の場合は、必須）	続柄

※1人以上4人まで

見守り支援の種類

<input type="checkbox"/> 飲料の配達による安否確認	<input type="checkbox"/> 電話連絡による安否確認
---------------------------------------	--------------------------------------

同意書兼誓約書

次に掲げる事項に同意します。

- 成田市独居高齢者見守り支援事業に関する要綱第2条に規定する対象者であることを確認するため、市が対象者の高齢者等配食サービス、介護保険法と障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定するサービスの利用状況、介護認定状況等について確認すること。
- 見守り支援を受けるため、市の委託業者及びその委託業者に対し、対象者（電話連絡による安否確認の場合は、緊急連絡先となる者を含む。）の個人情報を提供すること。
- 電話連絡による安否確認の場合は、連絡状況の確認のため、一定の間、市が安否確認情報を受け取ることがあること。

次に掲げる事項を誓約します。

- 電話連絡による安否確認の場合は、安否確認情報の報告先となる親族等に、安否確認情報の連絡があることについて承諾を得ていること。

対象者氏名