

登録No.	※社協記入欄
-------	--------

様式 1-(1)

おはよう訪問事業 利用申請書

申請日 年 月 日

足立区社会福祉協議会会長 宛

おはよう訪問事業の安否確認に必要な範囲においては、民生委員や関係機関と個人情報を共有することがあります。事業の目的を理解し、個人情報の提供について承諾した上で、申請します。

対象者	ふりがな			
	お名前			
	住所	〒	足立区	
		一戸建て ・ 都営公営住宅 ・ アパート/マンション ・ オートロック式		
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			
申請者 <small>対象者と異なる場合記入してください</small>	ふりがな			
	お名前			
	住所			
	電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
	関係	親族 ・ 友人 ・ ケアマネ ・ その他 ()		
緊急 連絡先①	ふりがな	続柄 []	住所	〒
	電話番号	自宅 () 携帯 ()	連絡のつきやすい時間帯	
緊急 連絡先②	ふりがな	続柄 []	住所	〒
	電話番号	自宅 () 携帯 ()	連絡のつきやすい時間帯	

【担当民生委員】 ※民生委員の署名がなくても受付できます。

第 合同	地区	番	電話番号
担 当		〒	
民生委員		足立区	

【処理経過】

受付日	※社協記入欄	登録決定日	※社協記入欄
-----	--------	-------	--------

《提出先》 〒120-0011 足立区中央本町1-17-1 足立区役所 南館 11F
足立区社会福祉協議会 生活支援課 TEL 3880-5740

お名前 _____

様式 1-(2)

○をつけてください

1	おひとり暮らしですか？	はい	いいえ
2	区内に、ご親族(子・きょうだい・配偶者)は住んでいますか？	はい	いいえ
3	自宅にインターホンがついていますか？	はい	いいえ
	「いいえ」の場合・・・訪問時、どのようにお知らせすればよろしいですか？		
4	配達時、乳酸菌飲料を玄関先で受け取ることはできますか？	はい	いいえ
	「いいえ」の場合・・・理由を教えてください。		
5	よく行く病院があれば、教えてください。		
	病院名() 電話番号() 月 回 または 週 回 / 月・火・水・木・金・土・日		
6	介護保険で、デイサービスやヘルパーを利用していますか？	はい	いいえ
	「はい」の場合・・・利用している曜日に○をしてください		
	デイサービス	月・火・水・木・金・土・日	
	ヘルパー	月・火・水・木・金・土・日	
	その他()	月・火・水・木・金・土・日	
ケアマネージャー() 電話番号() 事業所名()			
7	区の緊急通報システム・見守りサービス助成等を利用していますか？	はい	いいえ
8	緊急連絡先の方は、このサービスを申請することや内容をご存知ですか？		はい
	また、緊急連絡先になることを了承されていますか？ ※サービス開始前に、ご本人と緊急連絡先に確認のお電話をします。		
9	緊急連絡先の方とは、どれくらい連絡を取り合っていますか？		ほとんどない
	毎日 ・ 週に数回(回程度) ・ 月に数回(回程度)		
10	電話での通話は、できますか？		はい
	問題なくできる ・ 耳が聞こえづらい ・ 電話がない		
11	外出時に、携帯電話を持って出かけますか？	はい	いいえ
12	日中の過ごし方を教えてください。		