

高齢者安否確認コール事業 申請書

年 月 日

(宛先)  
東京都板橋区長

【利用者(申請者)】

ふりがな				性別	男・女
氏名					
住所	板橋区				
生年月日	年	月	日(歳)	世帯人数	人
電話番号(自宅)					
電話番号(携帯)					
世帯状況 ※申請者(利用者)以外の方がいる場合					
ふりがな	続柄	生年月日		身障手帳の有無	備考
氏名		年	月 日		
		(歳)			
		年	月 日		
		(歳)			

【緊急連絡先(電話が不通の際のご連絡先)】

①	ふりがな				続柄	
	氏名					
	住所					
	電話番号(自宅)					
	電話番号(携帯)					
②	ふりがな				続柄	
	氏名					
	住所					
	電話番号(自宅)					
	電話番号(携帯)					

【 電話希望日 】

回数	曜日					時間帯	
週 回 ※1階・2回を 選んでください。	第1希望	月	火	水	木	金	午前・午後
	第2希望	月	火	水	木	金	午前・午後

【 高齢者安否確認コール事業利用承諾書 】

- 1 高齢者安否確認コール事業の申請及び利用を行うことに同意します。
- 2 高齢者安否確認コール事業の申請及び利用に関して、区が保有する申請者（利用者）の住民記録情報及び介護保険情報等の個人情報を利用することに同意します。
- 3 安否確認のための電話が不通の際、必要に応じて、緊急連絡先の他に申請者（利用者）が利用する介護保険施設等に対して状況確認を行うことに同意します。

申請者（利用者）署名 \_\_\_\_\_

【 高齢者安否確認コール事業緊急連絡先登録承諾書 】

- 1 高齢者安否確認コール事業の申請及び利用に関して、緊急連絡先として登録されることに同意します。
- 2 利用者（申請者）への安否確認のための電話が不通の際、区の委託先事業者から緊急連絡先へ連絡した場合には、安否を確認の上、利用者（申請者）の状況について区又は区の委託事業者へ報告を行うことに同意します。

①緊急連絡先登録者署名 \_\_\_\_\_

②緊急連絡先登録者署名 \_\_\_\_\_

【 窓口届出者 】

<input type="checkbox"/> 利用者（申請者と）同じ	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先と同じ ➡ 1・2		
<input type="checkbox"/> その他（下記に記入してください）			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所	板橋区		
電話番号			