

(様式1)

# あんしんホルダー登録申請 NO.

年 月 日

竹原市長様

申請者 住所

(主たる連絡者)

氏名

印

電話番号

利用者との関係

安心サポート事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用者名	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	M・T・S 年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒 電話番号				
緊急時の連絡先	ふりがな		続柄	電話番号		確認印
	氏名			(携帯) <small>優先順位</small>	<input type="checkbox"/>	
				(自宅)	<input type="checkbox"/>	
	住所	〒				
	ふりがな		続柄	電話番号		確認印
	氏名			(携帯) <small>優先順位</small>	<input type="checkbox"/>	
			(自宅)	<input type="checkbox"/>		
住所	〒					
申請理由						
かかりつけ医	医療機関			主治医名		
	TEL					
要介護認定情報	要介護認定 有・無 居宅介護支援事業所 : 要介護度 ( ) 担当ケアマネジャー : TEL					
情報提供同意書	<p>・登録システムは、本システムの目的に基づき、竹原市、竹原市地域包括支援センター、竹原警察署によって必要と判断された場合に、必要機関への情報提供することに同意します。</p> <p>・民生委員に情報提供することに同意します(氏名 ) はい・いいえ (本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族が本人署名欄を代筆の上、代筆者の名前も記入してください)</p> <p>本人署名 <span style="float: right;">代筆者名前</span></p> <p style="text-align: right;">続柄( )</p>					