

（あて先）京田辺市長

京田辺市独居高齢者等 2 4 時間安心見守り事業利用申請書

京田辺市独居高齢者等 2 4 時間安心見守り事業実施要綱第 6 条の規定により、次の
とおり京田辺市独居高齢者等 2 4 時間安心見守り事業の利用を申請します。

申 請 者	(フリガナ) 氏 名				性 別	
					血液型	
	住 所	〒				
	電 話	自 宅			携 帯	
	生年月日	年 月 日 (歳)				
状 況	<input type="checkbox"/> 独居高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 昼間・夜間独居高齢者（8 5 歳以上） <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
同 居 者	氏 名	続柄	生年月日	性別	血液型	備 考
申請理由・ 身体状況・ 既往症等						
要介護等状態 (※該当者のみ)		要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） 有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）				
障害者手帳		<input type="checkbox"/> 有（身体障害者手帳 級、精神障害者保健福祉手帳 級） <input type="checkbox"/> 無				
かかりつけの 医 療 機 関		疾 病 名				
		医療機関名				
		疾 病 名				
		医療機関名				
		疾 病 名				
		医療機関名				

緊急連絡先 (※優先順に記入)	1	(フリガナ) 氏 名	続 柄
		住 所	〒
		電話番号	(自宅) (携帯)
	2	(フリガナ) 氏 名	続 柄
		住 所	〒
		電話番号	(自宅) (携帯)
	3	(フリガナ) 氏 名	続 柄
		住 所	〒
		電話番号	(自宅) (携帯)
固定電話 回線種別	<input type="checkbox"/> N T T アナログ回線 <input type="checkbox"/> その他 ()		
貸与を希望する 装置	<input type="checkbox"/> 固定電話回線 を利用した装置	・固定電話回線が必要です。	
	<input type="checkbox"/> 携帯電話回線 を利用した装置	・固定電話回線を設置していない方のみ申込み ができます。 ・自宅の敷地内でのみ利用でき、外出先では利用 できません。 ・電波状況によって利用できない場合があります。	
添付書類	(1) 京田辺市独居高齢者等 24 時間安心見守り事業利用同意書 (様式第 2 号) (2) 京田辺市独居高齢者等 24 時間安心見守り事業緊急連絡先 登録同意書 (様式第 3 号) (3) 診断書など疾病があることが分かるもの (難病患者又は 6 5 歳以上 75 歳未満の者で、発作を誘発する可能性のある疾 病 (※) があるもの)		

※ 発作を誘発する可能性のある疾病とは、心疾患（狭心症・心筋梗塞等）、脳血管疾患（脳梗塞・脳出血等）、呼吸機能障害による呼吸困難、てんかん等です。