

稲城市在宅高齢者見守りセンサー事業利用申請書

稲城市長 殿

下記により、在宅高齢者見守りセンサー事業の利用を申請します。

記

利用希望者氏名		
生年月日		大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所		稲城市
電話番号		()
介護認定		要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
申請者 (見守る方)	利用希望者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 続柄 () <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名・事業者名	
	住所	
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日
	Eメールアドレス	※見守りアプリのログインIDとなります。
※見守る方(家族、ケアマネジャー、友人等)が複数名いる場合は、上記情報を別紙にご記入の上、あわせてご提出ください。様式は問いません。また、万一の場合に備え、見守る方同士で連絡先を共有されることを推奨いたします。		
設置に立会う方	機器設置時に、委託業者より利用規程、重要事項説明及び個人情報の取り扱いについて説明後、契約書(承諾書)にサイン・押印いただきます。サイン・押印いただける方に丸を囲んでください。 申請者(見守る方)と同一 ・ 利用希望者と同一	
同意書欄 当事業を利用するにあたり、以下の事項を確認のうえ、同意します。 1. 上記について、住民基本台帳による確認を行い、利用を決定した場合は、個人情報を当事業の委託事業者へ提供すること。 2. 機器によって、介護サービス事業者等の利用者の支援者が生活リズムのデータを閲覧し、日々の生活状況を把握すること。 利用希望者(署名)		