

様式第1号

\* 申請日 年 月 日

\* 申請先 ライフステーション名  
( よどまち保健室・メゾン リベルテ )

キーホルダー No.	
------------	--

見守りキーホルダー登録申請書 ・ 情報登録シート

フリガナ		性別	生年月日	年齢
登録者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	
住所	大阪市東淀川区			
電話番号	自宅	携帯		
該当すると思われる番号に○をつけてください。(複数可)	1. 65歳以上のひとり暮らし			
	2. 65歳以上の高齢者のみ世帯 (夫婦ともに65歳以上など)			
	3. 認知症の症状がある方 (あると思われる方)			
	4. 障がいのある方 (手帳所持者など)			
	5. 難病のある方			
	6. その他 ( )			
緊急時連絡先	第1連絡先	フリガナ		(本人との続柄)
		氏名		
		電話	(自宅)	(携帯)
		住所	〒	
	第2連絡先	フリガナ		(本人との続柄)
		氏名		
		電話	(自宅)	(携帯)
		住所	〒	

★同意事項

私は、見守り活動に必要であると判断された場合に、本シートに記載した情報を区役所、警察、消防、医療機関等に情報提供すること、また記載した情報に変更があった際には、登録窓口にて登録情報の更新を行うことに同意します。登録情報の更新が滞ったことで本サービスを利用できなかった場合、事業主体等に対してその責任を問いません。  
(本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族等、本人署名欄を代筆、うえ、代理人署名欄も記入してください。)

みほん

署名日	年 月 日
本人署名	
代理人署名	

\* 見守りキーホルダーの登録、および、登録費 300円を領収いたしました。

ライフステーション担当者	
--------------	--