

# ひとり暮らし高齢者登録申請書兼台帳

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市長

申請者 (窓口に来られた方)

|    |  |    |                             |
|----|--|----|-----------------------------|
| 住所 |  | 続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 |
| 氏名 |  | 電話 |                             |

下記のとおり申請します。

|  |   |            |           |
|--|---|------------|-----------|
| <b>対象者</b>   |   |            |           |
| 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ               |            |           |
|  | 自宅電話  | —          | 携帯電話      |
| フリガナ   |   | 男・女        | 生年月日      |
| 氏名   | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ               |            | 大・昭 ・ ・   |
| 身体の状況  | 普通・病弱 (病名 )                                   | 介護認定       | 有 ( ) ・ 無 |
|  |   | あんしん介護予防事業 | 該当 ・ 非該当  |
| 住居の形態  | 自家・借家 (一戸建) ・ アパート ・ 市県営住宅 ・ マンション (1Fロック有・無) |            |           |
| 就労の状況  | 働いていない・働いている (就労状況 週 日 ・ 一日当 時間)              |            |           |
| 連絡先 ※  | 住所  | 自宅電話       | 携帯電話      |
|  | フリガナ  |            |           |
|  | 氏名  | (続柄)       |           |
|  | 住所  | 自宅電話       | 携帯電話      |
|  | フリガナ  |            |           |
|  | 氏名  | (続柄)       |           |
| ※連絡先欄は、記載内容が市の関係部署、民生委員、地域包括支援センターに提供されることを連絡先の方にお伝えの上、記入してください。 |   |            |           |
| 私は、上記の個人情報、市の関係部署、民生委員、地域包括支援センターに提供されることを承諾します。                 |   |            |           |
| 本人氏名 _____   |   |            |           |

<市役所記入欄>

|   |   |             |
|---|---|-------------|
| 連 区   | 町内会   | 担 当 民 生 委 員 |
|   |   | 電話 —        |
| 福祉制度の利用状況                                       |   |             |
| ・配食サービス ( 年 月 ) ・その他 ( )<br>・緊急連絡通報システム ( 年 月 ) |   |             |
| 本人<br>確認書類                                      | 運転免許証／経歴証明書・個人番号カード・住基カード・健康保険証 (国保・後期) ・介護保険証<br>身体障害者手帳・年金手帳・社員証・その他／聞き取り ( ) |             |

## ◆ひとり暮らし高齢者とは

昼夜を通じてひとりで生活しており、家族などと接することがないため、地域の見守りが必要な 65 歳以上の在宅の高齢者。ただし、下記質問 1～3 全てで「はい」に○が付いた方を申請対象者とします。

| 質 問 |   | 当てはまる方に○ |     |
|-----|---|----------|-----|
| 1   | 65 歳以上で <u>昼夜を通して</u> 一人で生活している。  | はい       | いいえ |
| 2   | 仕事（経常的な就労）をしていない。<br>※経常的な就労とは、週の半分以上を目安とします。<br>経常的に働いている場合、勤務先で安否の確認ができる状態と判断される為、ひとり暮らし高齢者台帳の対象となりません。 | はい       | いいえ |
| 3   | 同一敷地内もしくは隣接地に二親等以内の親族（子・孫・兄弟など）が住んでいない。<br>集合住宅の場合は、隣接部屋に二親等以内の親族が住んでいない。                                 | はい       | いいえ |



上記 1～3 すべて「はい」に○がついた方 … 申請可能です。

◎登録した方には、地区の民生委員などが訪問し、見守りを行います。また、登録内容は緊急時の連絡などに活かしていきます。

◎必要に応じて配食サービスや緊急連絡通報システム等をご利用いただけます。  
(別途申請が必要)



### ひとり暮らし高齢者登録後のお願い

ひとり暮らし高齢者の見守りのため、以下の事由が発生した場合は高年福祉課までお知らせください。

**○連絡先等、登録内容に変更があった場合**

**○入院や入所、同居等により、ひとり暮らしの状態が中断または終了する場合**

ご本人が連絡することが困難な場合は、ご家族・ケアマネジャーなどからご連絡いただくようお願いいたします。

連絡先⇒高年福祉課在宅福祉グループ 電話 28-9021 (直通)