

各位

社会福祉法人 北島町社会福祉協議会  
 会 長 森 本 明  
 ( 公 印 省 略 )

## ひとり暮らし高齢者（70歳以上）登録サービスについて（ご案内）

皆様におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃は、社会福祉協議会諸事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、北島町社会福祉協議会では「ひとり暮らし高齢者（70歳以上）登録サービス」に登録して頂いた方に事業案内文書等を送付させて頂いております。

ご登録希望の方は、（別紙様式）「ひとり暮らし高齢者（70歳以上）登録サービス申込書」にご記入のうえ下記までお申し込み頂きますようお願いいたします。皆様のご理解・ご協力をお願いいたします。

### 記

《目 的》	高齢者福祉の増進を図り、社会福祉法人北島町社会福祉協議会、北島町民生委員児童委員協議会等で実施するひとり暮らし高齢者対象の行事の案内及び平常時の見守り活動、緊急時対応のために緊急連絡先等の把握を行うことを目的とします。（法令に基づき必要に応じて町関係課、警察、消防、民生委員等に本事業に関する個人情報を提供する場合があります。）
《対 象 者》	北島町内のひとり暮らし高齢者（70歳以上） （同一建物内において、家族と同居されている方は含みません）
《申込み先》	◆社会福祉法人 北島町社会福祉協議会◆ 住所 北島町新喜来字南古田88-1 電話 698-8910・FAX 698-8921 ◆各地域担当民生委員◆
《サービス内容》	* 事業内容に関しましては、裏面をご覧ください。

★ 一度登録して頂いた方は、更新の手続きは不要です。

★ 同居となった場合は、自動的に登録を抹消させていただきます。

社会福祉法人 北島町社会福祉協議会長 殿

## ひとり暮らし高齢者（70歳以上）登録サービス申込書

（事業案内・宅配・宅配不要）に申込みます。

この登録に当たっては、次の事項に同意します。

- 1 登録後、町社協が必要と判断した場合は、町関係課、警察、消防、医療機関及び民生委員等に本登録に関する個人情報を提供すること及び平時の見守り活動に活用すること
- 2 以下の状況になった場合は町社協に連絡すること及び町社協が以下の状況を確認できた場合は登録を廃止すること

同居・町外転出・施設入所・長期入院

また、上記の情報提供について、緊急連絡先の方にも了解を得ています。

ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所	北島町		
電話番号			
携帯番号			
生年月日	大正 ・ 昭和                      年                      月                      日		
緊急連絡先	住 所 _____		
	氏 名 _____		
	続 柄 _____		
	電話番号 _____		
	携帯番号 _____		

1. 現在必要としている保健、医療、福祉サービス・常備薬等

(かかりつけ病院連絡先) 病 院 名 :  
電話番号 :

2. 地域福祉（社会福祉協議会）への要望等

一度登録して頂いた方は、来年度からも引き続き登録させていただきますので、更新の手続きは不要です。

(別紙様式)

(記入例)

令和 ○ 年 ○○月 ○○日

社会福祉法人 北島町社会福祉協議会長 殿

## ひとり暮らし高齢者（70歳以上）登録サービス申込書

(事業案内・宅配・宅配不要)に申込みます。

※希望するサービスに○をつけてください。

この登録に当たっては、次の事項に同意します。

- 1 登録後、町社協が必要と判断した場合は、町関係課、警察、消防、医療機関及び民生委員等に本登録に関する個人情報を提供すること及び平時の見守り活動に活用すること
- 2 以下の状況になった場合は町社協に連絡すること及び町社協が以下の状況を確認できた場合は登録を廃止すること

同居・町外転出・施設入所・長期入院

また、上記の情報提供について、緊急連絡先の方にも了解を得ています。

ふりがな 氏名	きたじま はなこ 北島 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	北島町新喜来字南古田88-1		
電話番号	698-8910		
携帯番号	090-○○○○-○○○○		
生年月日	大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 24年 4月 1日		
緊急連絡先	住所 徳島市中昭和町1丁目2番地		
	氏名 北島 太郎		
	続柄 長男		
	電話番号 654-○○○○		
	携帯番号 090-○○○○-○○○○		

1. 現在必要としている保健、医療、福祉サービス・常備薬等

週1回程度 通院リハビリに行っている。

(かかりつけ病院連絡先) 病院名：○○○○病院

電話番号：698-○○○○

2. 地域福祉（社会福祉協議会）への要望等

遠い所までは行けないので、近所での地域交流が出来る居場所作りをして欲しい。

一度登録して頂いた方は、来年度からも引き続き登録させていただきますので、更新の手続きは不要です。