参考様式

| 地区名 | 地区 |
|---|---|

# ふれあいケアネット融合型事業登録者個票

## 1 対象者

記入日: 平成　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | □ 男 □ 女 | 生年月日 | □ 大正 □ 昭和 □ 平成 |
| 氏 名 | | | | | 年 月 日　　歳 |
| 住 所 | 〒<br>富山市 | | | 連絡先 | （自宅TEL・携帯電話） |
| 対象者の状況 | □ ひとり暮らし高齢者 □ 日中ひとり暮らし高齢者 □ 高齢者世帯 □ 身体障がい者世帯<br>□ 知的障がい者世帯 □ 精神障がい者世帯 □ 母子・父子世帯 □ その他（ ）<br>世帯の人数　　人 | | | | |
| 特記事項 | （例：認知症、ひきこもり、アルコール依存症など）<br>（例：〇〇デイサービス利用など） | | | | |
| 活動内容 | □ 見守り □ 声かけ □ 話し相手 □ ゴミ出し □ 買物 □ 除雪 □ 薬の受取<br>□ 外出時の付添 □ 児童預かり □ 送迎 □ その他（ ） | | | | |
| 活動日時 | □ 月 □ 週　　回　　曜日　　時　　分 ～　　時　　分 | | | | |
| 緊急時の連絡先 | 氏 名　　続柄<br>住 所　　TEL： | | | | |
| かかりつけ医院・病院 | TEL：<br>TEL： | | | | |
| 本人の同意 | 本事業の実施にあたり、記載事項を活動者及び富山市社会福祉協議会に対して情報提供することについて　□ 同意する □ 同意しない | | | | |

## 2 活動者

| 氏 名 | 住 所 ・ 連 絡 先 | 対象者との関係 |
|---|---|---|
| リーダー | 〒<br>富山市<br>TEL | □ 近隣住民・知人 □ 町内会役員<br>□ 民生委員 □ 福祉推進員<br>□ 高齢福祉推進員 □ ボランティア<br>□ その他（ ） |
| | 〒<br>富山市<br>TEL | □ 近隣住民・知人 □ 町内会役員<br>□ 民生委員 □ 福祉推進員<br>□ 高齢福祉推進員 □ ボランティア<br>□ その他（ ） |
| | 〒<br>富山市<br>TEL | □ 近隣住民・知人 □ 町内会役員<br>□ 民生委員 □ 福祉推進員<br>□ 高齢福祉推進員 □ ボランティア<br>□ その他（ ） |
| | 〒<br>富山市<br>TEL | □ 近隣住民・知人 □ 町内会役員<br>□ 民生委員 □ 福祉推進員<br>□ 高齢福祉推進員 □ ボランティア<br>□ その他（ ） |