

厚木市ひとり暮らし高齢者登録申請書

確認事項および同意確認について（該当するものに☑をお願いします。）

- ☐ 本市の住民基本台帳に記録されており、満 65 歳以上に該当します。
- ☐ 地域包括支援センターの職員が自宅に訪問することに同意し、既往歴や親族に関するなどを聞き取り調査すること（利用者基本情報シートの作成）に協力します。
- ☐ ひとり暮らしで同居者が居ません。（親族が隣接地に居住していません。）
- ☐ ひとり暮らし高齢者登録の趣旨※を理解し登録を申請します。

（※地域の見守りが必要な状況である方）

対 象 者 住 所	〒 厚木市		
ふりがな 対 象 者 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日
申 請 日	年 月 日		
電 話 番 号			
書類を持参された方	☐ 本人 ☐ 地域包括支援センター ☐ 民生委員 ☐ 親族（続柄： ）		
同意書 登録の認定にあたり、市職員が私の介護保険サービス給付状況等を調査確認することに同意します。 ひとり暮らし高齢者と認定された場合、担当民生委員及び地域包括支援センター職員に登録にかかる情報を提供することに同意します。 また、登録要件に該当しなくなった場合は速やかに市へ連絡します。 年 月 日 （対象者自署） 氏名			

備考