

地域安心ネット登録届出書(新規・変更・廃止)

西宮市長 様

届出日:平成 年 月 日

居住地	西宮市			電話番号	() -			
ふりがな				生年月日	明治・大正・昭和・平成			
本人氏名	性別	男・女			年	月	日	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 1.独居 <input type="checkbox"/> 2.高齢世帯 <input type="checkbox"/> 3.その他 <input type="checkbox"/> 4.障害者世帯							
身体状況	<input type="checkbox"/> 1.寝たきり <input type="checkbox"/> 2.肢体障害 <input type="checkbox"/> 3.自立 <input type="checkbox"/> 4.認知症 <input type="checkbox"/> 5.視覚障害 <input type="checkbox"/> 6.聴覚障害 <input type="checkbox"/> 7.言語障害 <input type="checkbox"/> 8.内部障害 <input type="checkbox"/> 9.知的障害(A・B1・B2) <input type="checkbox"/> 10.腎臓機能障害							
就寝場所	(階層)	階	(位置)	東	西	南	北	方向
家族構成	氏名		続柄	生年月日			昼間	
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日			勤務・在宅	
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日			勤務・在宅	
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日			勤務・在宅	
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日			勤務・在宅	
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日			勤務・在宅	
(注)2世帯住宅(1軒の家で2家族が住む)の場合も全員を家族構成欄に記入してください。								
家族状況	<input type="checkbox"/> 近隣に家族あり							
	<input type="checkbox"/> 同一敷地内	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____	
	<input type="checkbox"/> 隣	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____	
	<input type="checkbox"/> 同一棟内	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____	
	<input type="checkbox"/> 同一団地内	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____	
	<input type="checkbox"/> 徒歩5分以内	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____	
	<input type="checkbox"/> 西宮市内	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____	
		(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____	
<input type="checkbox"/> 近隣都市	芦屋市・尼崎市・宝塚市・伊丹市・川西市・三田市・神戸市・大阪市・(_____ 市)							
	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____		
	(続柄: _____)	氏名: _____	TEL: _____			_____		
緊急連絡先	TEL(_____) - _____ 自宅・勤務先・その他							
	(続柄) _____		(氏名) _____					
掛かりつけ医	TEL(_____) - _____							
	(医療機関名) _____		(担当医) _____					

※上記のとおり、地域安心ネットワークシステムへの登録を届け出ます。
※私は家族を代表して、この情報を西宮市の福祉・消防・防災関係部局及び民生委員に提供することに同意します。

氏名 _____ 印 _____