**№　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙**

**「西宮市協力事業者による高齢者見守り事業」　連絡票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業者名** |  | **市登録№（　　　　　）** |
| **ご担当者名****（ご連絡者）** |  | **連絡先** | **TEL(　　　)　 －****FAX(　　　)　 －** |

|  |  |
| --- | --- |
| **日時** | 　　　年　　　月　　　日　　（　　　時頃） |
| **※氏名・詳細な住所・電話番号等は電話で伝えてください。** |
| **性別** | 　　　　男　・　女 | **年齢（年代）** |  |
| **住所** | 住所 　　　　　　　　　　町　　　　　　　 |
| **異変等の状況・気になる様子等** |
|  |
| 《西宮市高齢者あんしん窓口記入欄》 |
| 対応状況◎安否確認　□　済み（方法：　　　　　　　　）◎今後の継続支援の必要：* あり（サービス利用 ・ 定期訪問 ・

　　　地域での見守り ・ その他：　　　）□　なし（理由：　　　　　　　　　　　　　） | ◎事業者への報告　□　済（　　　年　　月　　日） |