様式第５号（第 14 条第２項関係）

管理番号	

つくば市傾聴ボランティア利用申込書

年　　月　　日

つくば市長　宛て（地域包括支援課扱い）

審査に必要となる、利用者の世帯の住民記録・介護・その他の情報について、市が保有する情報を閲覧することについて利用者本人の同意を得た上で、次のとおり申込みします。

※以下の太枠内を**分かる範囲で**ご記入ください。

申込者	（事業所名）		担当者（ケアマネジャー／民生委員／地域包括支援センター） 氏名（ふりがな）	
	住所			
	電話		FAX	

利用者	ふりがな 氏　名	（　男　・　女　・　無回答　）		
	生年月日	大正　・　昭和　　年　　月　　日　（　　歳）※依頼時年齢		
	住所	つくば市		
	電話番号			
駐車場		なし　・　あり（ボランティアの駐車場所：　　）		
世帯状況		□独居　□高齢者世帯　□同居家族あり〔　　〕		
緊急連絡先 （主な介護者）		氏　名（続柄） （　　）	住　所	電話番号
医療情報		年月日 / 病　名	医療機関	治療状況
介護情報	介護度 なし・あり	□要支援１　□要支援２　□要介護（１・２・３・４・５） ●担当 CM　無・有（　　） ●利用中のサービス（曜日・内容）（　　）		
申込みの理由		□社会的に孤立傾向にある　□日中独居になってしまう　□身体機能が低下傾向 □認知機能が低下傾向　□家族の強い希望　□その他（　　）		
希望日		初回訪問日： 顔合わせ日： 派　遣　日：（例）火曜日午前中など		
希望要件		・年齢（　　）　・性別（　　）　・オンライン希望　有　・　無 ・その他（　　）		
訪問時注意事項				
備　考				
変更項目				

受付日		受付者	