

年 月 日

鯖江市福祉事務所長 殿

住 所

民生委員 氏 名

電話番号

ひとり暮らし高齢者友愛訪問事業内申書

下記の者は、ひとり暮らし高齢者友愛訪問事業の対象者として該当すると思われるので、ひとり暮らし高齢者友愛訪問事業要綱第5条の規定により内申します。

氏 名			
住 所	鯖江市		
電話番号			
生年月日	大正 昭和	年 月 日（ 歳）	※対象は70歳以上
家族構成	☐ ひとり暮らし高齢者 ☐ 高齢者のみ世帯		
内申理由 ※該当するもの 全てに☑	☐ 兄弟姉妹や子、孫等との連絡や訪問がなく、 家族等による安否確認ができていない。		
	☐ 友人やサロン活動仲間等の交流がなく、 地域住民による安否確認ができていない。		
	☐ 介護サービス等の利用がなく、 他者による安否確認ができていない。		
	☐ その他（ ）		

※ 内申書受理後に、地域包括支援センター職員による実態把握調査を行い、事業の必要性を判断します。