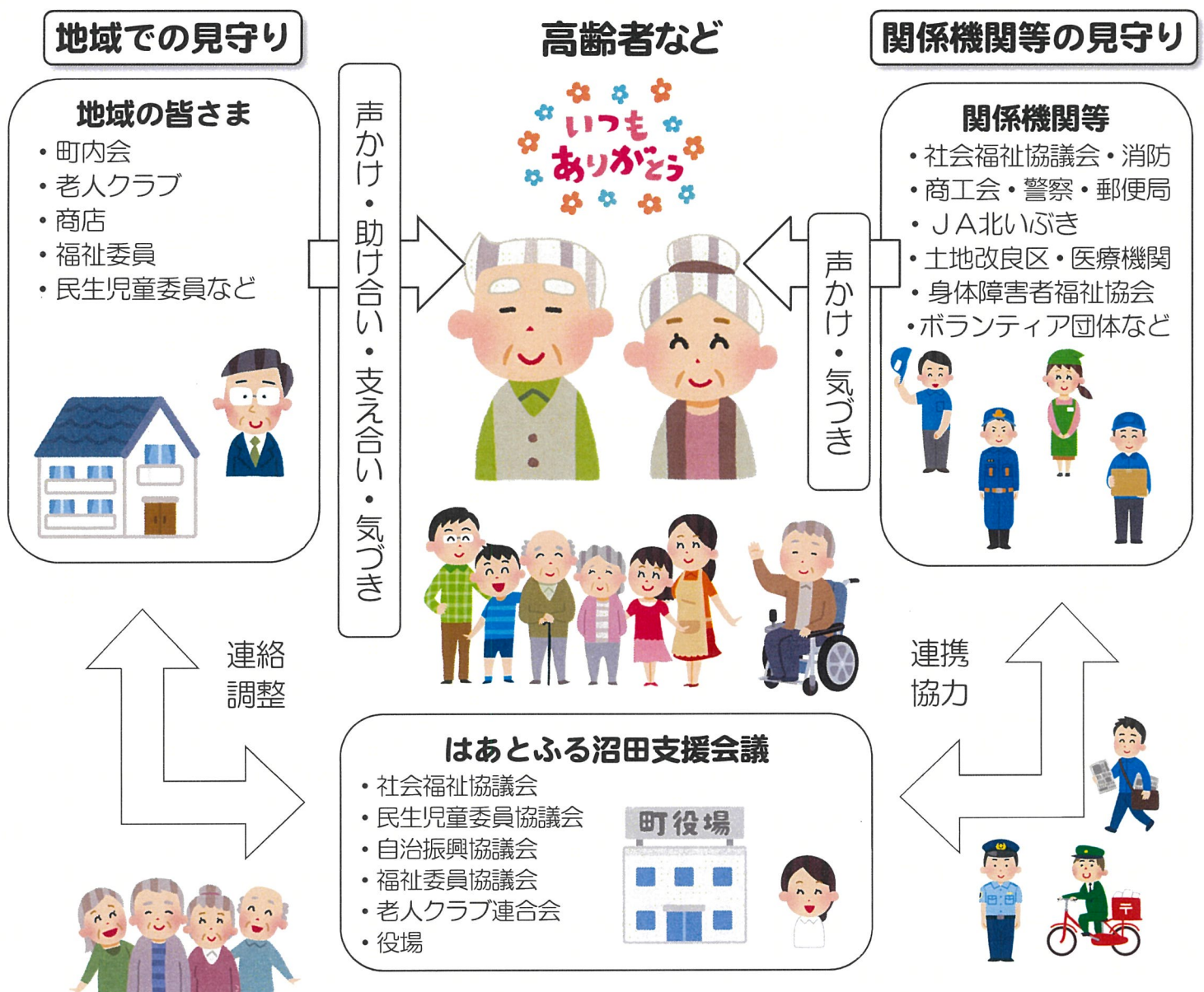


高齢者等見守りサポート事業『はあとふる沼田』をご存じですか？

高齢者等の方々が住み慣れた地域で安心して暮らせるように、地域の皆さまや協力機関・団体・事業所により見守りを行うネットワークを作っています。（これを高齢者等見守りサポート事業「はあとふる沼田」といいます。）

日常の生活や活動の中で行っている「さりげない見守りや声掛け」の中で、高齢者等の何らかの「異変」や「気付き」があった場合に事務局へお知らせいただくなど、対象者の状況の確認や支援を行うものです。

★高齢者等見守りサポート事業『はあとふる沼田』イメージ図★



このほか、見守りを希望される方を台帳に登載し、年1回町内会で台帳の更新や防災マップの見直しを行っていただき、地域でのさりげない見守りを支援いただいています。

★見守り支援を受けたい方や関心を持たれた方はお気軽にお問合せください。★



「あんしんボタン」は、冷蔵庫の中の見やすい場所に置いて下さい！

70歳以上の皆さまへ

高齢者等見守りサポート事業『はあとふる沼田』の活動として70歳以上の方全員に救急医療情報キット「あんしんボタン（あんしんカード付き）」を無料で配布しています。「あんしんカード」に必要な事項をご記入のうえ、冷蔵庫の中の見やすいところに置いてご活用ください。

ボタンやカードの紛失、ご不明な点は、「はあとふる沼田支援会議事務局」役場保健福祉課までお問合せください。

※急病など救急車で緊急搬送されるとき、災害などで避難所等に避難する際にご利用ください。救急隊員の処置や病院での処置に役立ちます。病院の医師からも持参が望まれています。

見守り等サポート申込書の記入例（申込みは裏面の申込書で出来ます。）

※見守り支援及び災害時に支援（自分で避難できない方）の申込みは、裏面の申込書に必要事項を記入のうえ、個人情報開示同意欄に署名捺印し、地域の民生児童委員または役場保健福祉課、社会福祉協議会に提出してください。

行政区	番号	受付番号	受付印
役場にて記載			

受理者

見守り等サポート申込書

はあとふる沼田代表 様

〇 本人の情報

希望するものに○をつけてください	見守り支援・災害時支援	
住 所	沼田町	町内会名
氏 名	（世帯主）	配偶者 有・無
男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日（歳）

同居家族の人数	同居者（本人含む）	昼間（本人含む）	夜間（本人含む）	老人クラブ 加入状況	有・無
---------	-----------	----------	----------	------------	-----

介護保険等利用状況	ホームヘルプサービス・デイサービス・ショートステイ その他（ ）
-----------	-------------------------------------

お世話してくれている人がいればご記入下さい	氏 名	住所：
	本人との関係：	電話：
支援内容	例）病院送迎など自由に記載してください。	

誰に見守りしてほしいですか	見守りをしてもらいたい人がいましたら ○ をつけてください（複数可） 民生委員・福祉委員・町内会 老人クラブ・その他（ ）
---------------	---

留意事項	普段使用している医療器具・補装具・福祉用具等で災害時に持出す物などをご記入下さい。 例）酸素器具・インスリン注射器・ストマ・下肢装具・杖・車椅子が必要な
------	---

上記の個人情報、高齢者等の見守り事業や災害時支援に活用するため、沼田町社会福祉協議会・沼田町民生委員児童委員協議会・沼田警察署・沼田町役場担当課・深川地区消防組合沼田支署、及び必要に応じてあなたのお住まいになる地域の支援会議メンバー（※1）に対し、当該情報を開示することに同意します。

令和 年 月 日	本人 住所
	氏 名
代理人 氏 名	印

※1：地域の支援会議メンバーは、沼田町自治振興協議会（町内会）、沼田町福祉委員協議会委員・沼田町老人クラブ会員

必須事項欄記入漏れのないようお願いします。

希望するものに○を付けて下さい。どちらか一方でも、両方でもかまいません。

任意事項欄できる限りご記入をお願いします。

血縁者・知人・隣人に関わらず、定期的に何らかの支援を受けていればご記入下さい。

住所と氏名を記入し捺印して下さい。

※裏面が申込書になっています。

ご不明な点は、お手数ですが社会福祉協議会（☎35-1998）役場保健福祉課（☎35-2120）までお問合せください。

行政区	番号	受付番号	受付印

受理者

見守り等サポート申込書

はあとふる沼田代表 様

○ 本人の情報

必須事項欄	希望するものに○をつけてください		見守り支援・災害時支援			
	住所	沼田町	TEL	-		町内会名
			Fax	-		
氏名	印	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日 (歳)	
		(世帯主)	配偶者	有 ・ 無		
同居家族の人数	同居者 (本人含む)	昼間 (本人含む)	夜間 (本人を含む)	老人クラブ	有 ・ 無	
	_____人	_____人	_____人	加入状況	老人クラブ	
介護保険等利用状況	ホームヘルプサービス・デイサービス・ショートステイ その他 ()					
お世話してくれている人がいればご記入下さい	氏名	住所:				
	本人との関係:	電話:				
支援内容	例) 病院送迎など自由に記載してください。					
誰に見守りしてほしいですか	見守りをしてもらいたい人がいましたら ○ をつけてください (複数可)					
	民生委員・福祉委員・町内会 老人クラブ・その他 ()					
留意事項	普段使用している医療器具・補装具・福祉用具等で災害時に持出す物などをご記入下さい。 例) 酸素器具・インスリン注射器・ストマ・下肢装具・杖・車椅子が必要など					

個人情報開示同意欄	上記の個人情報を、高齢者等の見守り事業や災害時支援に活用するため、沼田町社会福祉協議会・沼田町民生委員児童委員協議会・沼田警察署・沼田町役場担当課・深川地区消防組合沼田支署、及び必要に応じてあなたのお住まいになる地域の支援会議メンバー (※1) に対し、当該情報を開示することに同意します。	
	令和 年 月 日	
	本人 住所	
	氏 名	印
代理人 氏 名	印	

※1: 地域の支援会議メンバーは、沼田町自治振興協議会 (町内会)、沼田町福祉委員協議会委員・沼田町老人クラブ会員