様式第１号

銚子市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

銚子市長 様

申請者 氏 名

年 月 日

対象者との続柄（　　　　　）

住 所

連絡先

銚子市認知症高齢者等見守りシール交付事業について、次のとおり利用申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふり がな |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 銚子市 |
| 緊急時連絡先 | 第１連絡先 | 氏名 | 電話 |  |
| 住所 | E ﾒｰﾙ |  |
| 第２連絡先 | 氏名 | 電話 |  |
| 住所 | E ﾒｰﾙ |  |
| 第３連絡先 | 氏名 | 電話 |  |
| 住所 | E ﾒｰﾙ |  |

【同意欄】

私は、事業の利用に当たり、銚子市が管轄の警察署及び銚子市地域包括支援センター等関係機関に個人情報を提供すること及び介護認定情報を確認することに同意します。

年 月 日対象者 氏 名

介護者等氏名

対象者との続柄（ ）

市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SOSネット登録番号 |  | 介 護 度 | 介（　　）　支（　　）　申請中　　なし |
| 認知症診断 | 有 ・ 無 | 主治医意見書日常生活自立度 |  | 徘徊のおそれ | 有 ・ 無 |