様式第１号（第５条関係）

横瀬町認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

年　　月　　日

横瀬町長　　　　　様

申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者からみた続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※代理人等支援者による申請の場合は、対象者との関係

横瀬町認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 横瀬町 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |
| 認知症（若年性認知症含む） □ 診断あり　　□ 疑いあり　　□ 検査中 |
| 自宅に帰れなくなったことがある　　□ ある　　□ ない  |
| 第一連絡先(介護者等)　 | ふりがな |  | 対象者からみた続柄(対象者との関係) |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　 □ 申請者に同じ |
| 電話番号 | ①　　　　　　　　　　　　　　② |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 第二連絡先(介護者等) | ふりがな |  | 対象者からみた続柄(対象者との関係) |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　 □ 申請者に同じ |
| 電話番号 | ①　　　　　　　　　　　　　　② |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

※連絡先は、緊急時に必ず連絡のとれる方を１名以上記入してください。

※本申請書への記入をもって情報提供を行うことへの同意と判断しますので、必ず事前に連絡先者の同意を得た上でご記入ください。

同意書

　事業を利用するにあたり、対象者の行方不明時の早期発見及び安全確保を目的として、警察等の関係機関に申請内容に係る個人情報について情報提供を行うこと及び事業の利用状況等について町職員が閲覧することに同意します。

 　　　 　　 対象者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名