

別 記

第1号様式（第4条関係）

鴨川市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

(宛て)

鴨川市長

申請者 住所

氏名

印

電話

対象者との続柄

鴨川市認知症高齢者等見守りシール交付事業を利用したいので、鴨川市認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

対象者	ふりがな 氏名		性別	男・女
	住所	鴨川市		
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	電話番号	
	認知症	<input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 疑いあり		
	要介護	<input type="checkbox"/> 認定あり (要介護状態区分 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他( )		
	要支援	<input type="checkbox"/> 認定あり (要支援状態区分 1・2) <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他( )		
	介護支援専門員	事業所名		
	氏名			
連絡先 (第1)	ふりがな 氏名		電話番号	
	住所		続柄	
	電子メール			
連絡先 (第2)	ふりがな 氏名		電話番号	
	住所		続柄	
	電子メール			
連絡先 (第3)	ふりがな 氏名		電話番号	
	住所		続柄	
	電子メール			

添付書類

- (1) 市長が別に定める認知症高齢者等保護情報通信システム登録シート
- (2) 対象者の写真（全身写真及び胸から上の写真 各1枚）
- (3) その他市長が必要と認める書類

同意書

対象者が徘徊により行方不明となった場合において早期の発見及び安全の確保を図るために必要な範囲で市がこの申請書の内容を登録した見守りシール交付者台帳の情報（申請書の内容を変更した場合の変更後の情報を含む。）を警察署その他の関係機関に提供することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

第1連絡先氏名 \_\_\_\_\_ (印)

第2連絡先氏名 \_\_\_\_\_ (印)

第3連絡先氏名 \_\_\_\_\_ (印)

備考 連絡先欄は、徘徊により行方不明となった対象者が発見された場合の連絡先を記載してください。