様式第１号（第５条関係）

函南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

　　函南町長　　　　　　　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

対象者との続柄

　函南町認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 明・大・昭  　　年　　月　　日 |
| 住所 | 函南町 | |
| 第１  連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | （連絡先） | |
| 第２  連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | （連絡先） | |
| 第３  連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | （連絡先） | |
| 備考 |  | | |

２　情報提供等の同意

　　事業を利用するに当たり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、所轄警察署、所轄消防署及び地域包括支援センターへ提供すること並びに町職員が専用通信システムにより事業の通信状況等を閲覧することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

対象者（後見人）氏名

　　　　　　　　　　　　　第１連絡先氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者と同じ場合は記入不要）

　　　　　　　　　　　　　　　　第２連絡先氏名

（申請者と同じ場合は記入不要）

　　　　　　　　　　　　　　　第３連絡先氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者と同じ場合は記入不要）