様式第１号（第５条関係）

三種町認知症高齢者等見守り支援事業利用申請書

三種町長 　様

年 月 日

申請者　氏　名

　　　　 　　対象者との続柄(　　　　　　)

　　　　 住　所

　　　　 連絡先

三種町認知症高齢者等見守り支援事業について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふり がな |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 三種町 | | |
| 申 請 理 由 | 診　断 | * 認知症 □ その他（　　　　　　 　）   **認知症と思われる症状により徘徊又は徘徊の恐れがあるが、**  **認知症の診断を受けていない場合などにその旨を記載する。** | | |
| 既往歴 | **優先順位の高い順に記載する。伝言版では、①に認知症、**  **②、③には優先順位の高いものが順番に登録する。** | | |
| 緊急時連絡先 | 第１連絡先 | 氏名 | 電話  ここに記載されたメールアドレスは、ＱＲコードが読み取られた際の通知先となる。  第1連絡先は**キーパーソン**、  第2連絡先は**医療の判断が出来る家族**を記載する。  ケアマネ等支援者の登録も可能。  ※読み取った側にメールアドレスは表示されない。  ※3件以上のメールアドレスの登録を希望するか確認する。（10件まで可能） |  |
| 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 |  |

※E ﾒｰﾙは、個人を特定できる情報を含まないものをご記入ください。

【同意欄】

私は、事業の実施に当たり、管轄の警察署、消防署等関係機関に、申請者、対象者及び緊急時連絡先に係る個人情報を提供することに同意します。

年　　　月　　　日

同意者（申請者）