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（　　　　　　 　） | | |
| 既往歴 |  | | |
| 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 |  |

※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）