（表）

様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

四万十市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者 | 住所 |
| 氏名 |
| 電話　（　　　　）　　　　 ― |
| 事業対象者との続柄等　（　　　　　） |

四万十市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

　四万十市認知症高齢者等見守りシール事業を利用したいので、四万十市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、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業対象者 | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 住所 | 四万十市 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 電話  番号 |  | | | |
| 特徴 | 身長 | ㎝ | | | 眼鏡 | 有　・　無 | | | |
| 体重 | ㎏ | | | 補聴器 | 有　・　無 | | | |
| 体型 | 太め・普通・やせ気味 | | | | | | | |
| 名前 | 言える・言えない | | | 住所 | | 言える・言えない | | |
| その他 | （よく行く場所・移動手段等） | | | | | | |  |
| 介護度 |  | | | 主治医 | | | |  |  |
| 担当  ケアマネ  ジャー | 事業所名 | |  | | | | | |  |
| 担当 | |  | | | | | |  |

（裏面に続く）

（裏）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者以外の  緊急  連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| （事業対象者の写真貼付欄）※全身と顔が鮮明に分かる写真１枚ずつ　撮影日：　　年　　月頃 |

|  |
| --- |
| 四万十市認知症高齢者等見守りシール交付事業を利用するに当たり、次の事項について誓約するとともに、申請内容及び四万十市が保有する事業対象者の認知症に関する情報その他事業の実施に当たり必要となる情報を中村警察署に提供することに同意します。  （1）四万十市認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第９条各号に掲げる事項を順守し  ます。  （2）四万十市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用決定取消通知書の通知を受けたとき  は、未使用の見守りシールを返還します。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 登録番号 | 情報提供日 |
|  | ・中村警察署　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |