

玉野市長 あて

申請者氏名
 申請者住所
 連絡先電話番号
 続柄（関係）

玉野市認知症高齢者等みまもりシール交付事業利用申請書

玉野市認知症高齢者等みまも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. 対象者の状況

対象者の 基本情報	ふりがな		生年月日
	氏名		
	住所	玉野市	TEL
	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ※同居親族； <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）	
	担当 介護支援 専門員	事業所名 [] 氏名 []	
	認知症の 診断の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合 病院名 [] 診断時期 [頃]	
徘徊行動の状況について（あてはまるものすべてに☑をつけてください）			
	<input type="checkbox"/> 徘徊行動の回数が増加している。（ここ6か月で 回）		
	<input type="checkbox"/> 徘徊行動により、事故等のおそれが高い。		
	<input type="checkbox"/> 徘徊行動により、市外から出て行くおそれが高い。		
	【備考】 ※自転車・バス等を利用する場合は記入してください。		

2. 連絡先の情報

第1連絡先	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
Eメール				
第2連絡先	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
Eメール				
第3連絡先	ふりがな			続柄
	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
Eメール				

3. 情報提供等の同意

事業を利用するにあたり、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、他の関係機関へ提供することに同意します。また、市職員が事業の利用状況について、閲覧することについても同意します。

申請者（代表者）氏名	
第1連絡先者 氏名 (申請者と同じ場合は記入不要)	
第2連絡先者 氏名 (申請者と同じ場合は記入不要)	
第3連絡先者 氏名 (申請者と同じ場合は記入不要)	

※本人による署名でない場合は、押印が必要です。