

様式第1号（第6条関係）

滑川市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

滑川市長 様

滑川市認知症高齢者等見守りシール交付事業について、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	滑川市		
緊急時連絡先	第1連絡先	氏名	電話	
		住所	携帯	
	第2連絡先	氏名	電話	
		住所	携帯	
	第3連絡先	氏名	電話	
		住所	携帯	
備考				

【同意欄】

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等について、閲覧することについても同意します。

年 月 日

対象者氏名 \_\_\_\_\_

介護者等氏名 \_\_\_\_\_

対象者との関係（ \_\_\_\_\_ ）