

別記様式第1号

徘徊高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住 所

氏 名

印

次のとおり見守りシールの交付を申請します。

利用する者	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	(申請者との関係)		血液型	() RH +・-
住 所			電 話	()
利用する者の状況	1 徘徊高齢者 2 認知症高齢者 3 その他()			
身体の状況 (特徴)	身長: c m 体重: k g 姿勢: 体格: 肥満・中肉・痩身 眼鏡: 有・無 頭髪の特徴 特記事項 ()			
病 名	医療機関名	住所及び電話		服薬名
介護保険	1 要介護 () 2 要支援 () 3 非該当・未申請			
	ケアマネ事業所名			
	電話			
アレルギー	無・有 食物 () 薬 () その他 ()			
希望シート	<input type="checkbox"/> シールタイプ (36枚)		<input type="checkbox"/> アイロンタイプ (32枚)	

〈緊急連絡先〉 駆けつけ可能な方は協力に○を、連絡のみの方は連絡に○を、() 内には順位を記入してください。

連絡() 協力()	フリガナ		利用する者との関係		
	氏 名		男・女	鍵預かり	有 ・ 無
	電 話	自宅	携帯		
	勤 務 先	勤務先名	電話		
	住 所				
連絡() 協力()	フリガナ		利用する者との関係		
	氏 名		男・女	鍵預かり	有 ・ 無
	電 話	自宅	携帯		
	勤 務 先	勤務先名	電話		
	住 所				
連絡() 協力()	フリガナ		利用する者との関係		
	氏 名		男・女	鍵預かり	有 ・ 無
	電 話	自宅	携帯		
	勤 務 先	勤務先名	電話		
	住 所				

緊急連絡先に親族又は後見人が含まれない場合は、下欄に記入してください。

親族 (後見人) 氏 名		利用する者との 関係	
住 所		電 話	

注意事項 緊急時 (保護時等) の対応に注意すべきことがあれば記入してください。

同意書

年 月 日

佐野市長 様

私は、申請書に記載された私の個人情報を関係機関へ提供することについて、同意します。

同意者	住所	
(申請者)	氏名	ⓐ
同意者	住所	
(利用する者)	氏名	ⓐ
同意者	住所	
(連絡者又は協力者)	氏名	ⓐ
同意者	住所	
(連絡者又は協力者)	氏名	ⓐ
同意者	住所	
(連絡者又は協力者)	氏名	ⓐ