

南国市長 様

申請者 住所

氏名

（事業対象者との続柄等： ）

電話番号

南国市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

南国市認知症高齢者等見守りシール交付事業を利用したいので、南国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、次のとおり申請します。

申請の理由	該当するものに○印を記入してください。				
	<input type="checkbox"/> 医師から認知症の診断を受けているため				
	<input type="checkbox"/> 過去に徘徊をしたことがあるため				
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすほどの物忘れがあるため				
その他（ ）					
事業対象者 （認知症 高齢者等）	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日（ 歳）			
	住 所	南国市			
	電話番号				
	身長	cm	体 重	kg（太め・普通・やせ気味）	
	眼 鏡	有 ・ 無	補聴器	有 ・ 無	
	髪 型	色（ ）・長さ（ ）・その他（ ）			
	移動手段	徒歩・自転車・バイク・自動車・その他（ ）			
緊急連絡先	①	ふりがな		続 柄	
		氏 名			
		住 所			
		連絡先	電話：		
		勤務先	名称：	電話：	
	②	ふりがな		続 柄	
		氏 名			
		住 所			
		連絡先	電話：		
		勤務先	名称：	電話：	
	③	ふりがな		続 柄	
		氏 名			
		住 所			
		連絡先	電話：		
		勤務先	名称：	電話：	

（裏面に続く）

(事業対象者の写真貼付欄) ※顔が鮮明に分かる写真 1 枚以上 撮影日： 年 月頃

誓約 兼 同意 欄

南国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、申請内容及び南国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南国市地域包括支援センター、南国警察署その他の事業の協力機関に提供することに同意します。

- (1) 南国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遵守します。
- (2) 南国市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用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。
- (3) 緊急連絡先欄の①から③までの者に対し、本事業の趣旨を説明し、本事業に係る緊急連絡先として登録することについて同意を得ています。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 事業対象者氏名 \_\_\_\_\_

市 記 入 欄	登録番号	情報提供日		
		・南国市地域包括支援センター	年	月
	・南国警察署	年	月	日
	・	年	月	日
	・	年	月	日