

浅口市安心みまもりシール交付等事業利用申請書

年 月 日

浅口市長 様

申請者 住 所 (〒 - )

氏 名 ( )

電 話 番 号 ( ) -

対象者との続柄 ( )

浅口市安心みまもりシール交付等事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

・対象者

ふりがな 氏 名	生年月日 (大・昭 年 月 日生 )
住 所	浅口市
連 絡 先	( ) -
該当理由	<input type="checkbox"/> 医師により認知症の診断を受けた方 ( 年 月頃 医療機関名: ) <input type="checkbox"/> 認知症の疑いのある方 <input type="checkbox"/> その他( )

・第1連絡先

ふりがな 氏 名	(本人との続柄: )
住 所	
連 絡 先	( ) -
e-mail	@

・第2連絡先

ふりがな 氏 名	(本人との続柄: )
住 所	
連 絡 先	( ) -
e-mail	@

・第3連絡先

ふりがな 氏 名	(本人との続柄: )
住 所	
連 絡 先	( ) -
e-mail	@

2 情報提供等の同意

事業を利用するに当たり、申請内容にかか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、所轄警察署、所轄消防署等の関係機関へ提供すること並びに市職員が通信システムにより事業の通信状況等を閲覧することに同意します。

また、浅口市安心みまもりシール支給交付等事業実施要綱第9条の規定を遵守することを誓います。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

対象者氏名 \_\_\_\_\_

第1連絡先者氏名 \_\_\_\_\_

第2連絡先者氏名 \_\_\_\_\_

第3連絡先者氏名 \_\_\_\_\_