様式第１号（第５条関係）

吉見町認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

（宛先）吉見町長

　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　印

対象者との続柄

電話番号

吉見町認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急時連絡先 | 第１連絡先 | ふりがな氏　　名 |  | 続　　柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 |  | メールアドレス |  |
| 第２連絡先 | ふりがな氏　　名 |  | 続　　柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 |  | メールアドレス |  |
| 第３連絡先 | ふりがな氏　　名 |  | 続　　柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 |  | メールアドレス |  |
| 同　意 | 次の事項について同意いたします。1. 申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び安全の確保のため、関係機関

へ情報提供すること。1. 町職員が利用状況を閲覧すること。

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印第１連絡先者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印第２連絡先者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印第３連絡先者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |