別記第１号様式（第４条第１項関係）

東金市認知症高齢者等見守りシール給付申請書

（あて先）東金市長

申請者 氏 名

年 月 日

対象者との続柄（ ） 住 所

連絡先

東金市認知症高齢者等見守りシール給付事業について、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 |  | | |
| 申請理由 |  | | |
| 緊急時連絡先（介護者等） | 第１連絡先 | 氏名 | 電話 |  |
| 住所 | E ﾒｰﾙ |  |
| 第２連絡先 | 氏名 | 電話 |  |
| 住所 | E ﾒｰﾙ |  |
| 第３連絡先 | 氏名 | 電話 |  |
| 住所 | E ﾒｰﾙ |  |

※E ﾒｰﾙは、個人を特定できる情報を含まないものをご記入ください。

【同意欄】

事業の実施に当たり、申請等に係る内容の審査のため公簿等（東金市住民基本台帳及び介護保険法に基づく認定調査票）により調査すること、管轄の警察署、消防署及び地域包括支援センター等関係機関に安全安心の確保のため、個人情報（対象者及び介護者等の情報）を提供することに同意します。

年 月 日

対象者氏名

申請者氏名

介護者等氏名　　　　　　　　　　介護者等氏名　　　　　　　　　介護者等氏名

対象者との続柄（　　　）　　　 対象者との続柄（　　　）　　 対象者との続柄（　　　）

（注）同意欄について、各々の署名をお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、担当課へお問い合わせください。