倉敷市安心おかえりシール交付等事業利用申請書

年　　月　　日

　（宛先）倉敷市長

申請者　住　　所　倉敷市

氏　　名

電話番号　（　　　）　　　－

対象者との続柄

　倉敷市安心おかえ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 |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 倉敷市 |
| 該当理由 | □医師により認知症の診断を受けた方（　　　年　　月頃　医療機関名：　　　　　　　　　）□認知症の疑いがある方で、警察等に連絡又は保護されたことがある方（　　　　年　　　　月頃） |
| 第１連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | （　　　　）　　　　　－ |
| e-mail | 　＠ |
| 第２連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | （　　　　）　　　　　－ |
| e-mail | 　＠ |
| 第３連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |
| 氏名 |  |  |
| 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、申請内容に係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、所轄消防署及び高齢者支援センター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、倉敷市安心おかえ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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

対象者（後見人）氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

第１連絡先者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※申請者と同じ場合は記入不要

第２連絡先者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※申請者と同じ場合は記入不要

第３連絡先者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※申請者と同じ場合は記入不要

　※申請者とは異なる住所地に倉敷市安心おかえりシールの送付を希望される場合は、ご記入ください。

　　（送付先）住　所：

　　　　　　　氏　名：