

年 月 日

扶桑町長 様

申請者 住 所
氏 名

対象者との続柄 ()

扶桑町見守りシール交付事業利用 (変更) 申請書

扶桑町見守りシール交付事業実施要綱の規定により、次のとおり利用 (変更) 申請します。

| | | | | | | |
|----------------------------|--------------|--|-------------|------|-------|-----|
| 対 象 者 | ふりがな 氏 名 | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住所・連絡先 | 扶桑町大字 | | | | 電 話 |
| | 要介護認定 の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他 要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) | | | | |
| | ひとり歩きの 状況 | | | | | |
| 緊 急 時 連 絡 先 | 第1連絡先 | 氏名 | 電話 | | | |
| | (介護者) | 住所 | アドレス | | | |
| | 第2連絡先 | 氏名 | 電話 | | | |
| | | 住所 | アドレス | | | |
| | 第3連絡先 | 氏名 | 電話 | | | |
| | | 住所 | アドレス | | | |

※アドレスは、インターネットを介し、情報のやりとりをするため、個人情報保護の観点からできる限り個人が特定できる情報を含まないものをご記入ください。

※変更の場合は、対象者氏名、生年月日及び変更箇所のみご記入ください。

【情報提供の同意について】

1. 事業の実施に当たり、事業の対象者の確認のために、介護保険認定審査主治医意見書等の、関係公簿の調査をすることに同意します。

対象者又は介護者の氏名 _____

2. 事業の実施に当たり、申請内容に係る情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、警察署、消防署、扶桑町地域包括支援センター、民生委員等の関係機関に提供し、連携を図ることに同意します。

第1連絡者名 _____

第2連絡者名 _____

第3連絡者名 _____