

鎌ケ谷市認知症高齢者見守りシール交付事業利用申請書

鎌ケ谷市長 様

申請者 氏 名
 対象者との続柄
 住 所
 連絡先

鎌ケ谷市認知症高齢者見守りシール交付事業の利用について、鎌ケ谷市認知症高齢者見守りシール交付事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	鎌ケ谷市		
緊 急 時 連 絡 先	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】

私は、事業の実施に当たり、警察、消防、鎌ケ谷市地域包括支援センター等の関係機関に個人情報を提供することに同意します。

年 月 日

対 象 者 氏 名 _____
 介 護 者 等 氏 名 _____
 対 象 者 と の 続 柄 _____