

ID :

様式第1号（第6条、第8条関係）

## 糸魚川市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書（新規・変更）

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (対象者との続柄)

(〒 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

糸魚川市認知症高齢者等見守りシール交付事業について、次のとおり [ 新規 ・ 変更 ] 申請します。

対象者の状況	ふりがな		生年月日	
	氏 名		明・大・昭・平 年 月 日	
	住 所	〒 糸魚川市		
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 該当（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 申請中		
	主 治 医	医療機関名：	主治医：	
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（事業所名： _____ 担当者： _____）		
緊急連絡先	第1連絡先 続柄 ( _____ )	ふりがな	電話番号	
		氏 名		
		住 所	〒 _____	
		Eメールアドレス		
	第2連絡先 続柄 ( _____ )	ふりがな	電話番号	
		氏 名		
		住 所	〒 _____	
		Eメールアドレス		
	第3連絡先 続柄 ( _____ )	ふりがな	電話番号	
氏 名				
住 所		〒 _____		
	Eメールアドレス			

※変更の場合は、対象者氏名、生年月日及び変更箇所のみ記入してください。

※メールアドレスは、0[ゼロ]とO[オー]、-[中ハイフン]と\_[アンダーバー]等の違いが分かるように記入してください。

## 同意書

糸魚川市認知症高齢者等見守りシール交付事業の利用に当たり、次の事項に同意します。

- 1 認知症高齢者等及び介護者等の情報をシステムに登録すること。
- 2 システムの利用承諾に関すること。
- 3 本事業の運営のため、住民基本台帳を閲覧すること。
- 4 対象者が安全に保護されたことを確認するため、発見者及び介護者等が行った通信の情報を糸魚川市等が閲覧すること。
- 5 糸魚川市が登録票の情報を確認するため、申請者、対象者又は関係者に連絡をとること。
- 6 管轄の警察署、消防署、地域包括支援センター等の関係機関に対象者の個人情報を提供すること。
- 7 シールは、対象者の早期発見のための目印とし、身元確認を円滑に行うためのものであり、登録することで早期の発見又は保護を確約するものではないこと。
- 8 事業の利用以外にシールを読み込まれる可能性があること。
- 9 次の事項を遵守すること。
  - (1) シールを対象者の衣類等に適切に貼付すること。
  - (2) シールを他人に譲渡し、又は販売しないこと。
  - (3) シールを改ざんしないこと。
  - (4) シールを事業の利用以外に使用しないこと。

年 月 日

対象者氏名： \_\_\_\_\_

介護者等氏名： \_\_\_\_\_

対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）