別記様式第１号（第４条関係）

多治見市認知症高齢者等みまもりシール交付事業利用（新規・変更）申請書

令和　　年　　月　　日

多治見市長

　　　　　　申請者　〒

　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名

対象者との続柄（　　　　　　）

　　　　電話番号

多治見市認知症高齢者等みまも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 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | T・S・H　　年　 月　 日 |
| 住所 | 〒多治見市 |
| 介護者等 | 第１連絡先 | 氏名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 第２連絡先 | 氏名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 第３連絡先 | 氏名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 備　　考 |  |

※変更申請の場合は、対象者欄及び変更箇所のみご記入ください。

情報提供等の同意

　事業を利用するにあたり、対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、管轄の消防署、警察署、多治見市地域包括支援センターへ申請内容に係る個人情報を提供することに同意します。

また、市職員が事業の利用状況等について、閲覧することについても同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （※）（※）本人が自署しないときは、押印してください。 |
| 対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （※）（※）本人が自署しないときは、押印してください。 |
| 第１連絡先者氏名 | □申請者と同じ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）（※）本人が自署しないときは、押印してください。 |
| 第２連絡先者氏名 | □申請者と同じ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）（※）本人が自署しないときは、押印してください。 |
| 第３連絡先者氏名 | □申請者と同じ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）（※）本人が自署しないときは、押印してください。 |

※第１～３連絡先者のいずれかが申請者と同じ場合は、「□申請者と同じ」にレ点を付け、署名捺印は不要です。