

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メールアドレス			
	第2連絡先	氏 名		対象者との続柄	
		住 所			
		電 話 番 号			
		Eメールアドレス			
	第3連絡先	氏 名		対象者との続柄	
		住 所			
		電 話 番 号			
		Eメールアドレス			
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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。