

あきる野市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

高齢者等見守りキーホルダー及びお守りアイロンシール登録事業利用申請書

高齢者等見守り（キーホルダー・アイロンシール）を利用したいので、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	電話番号			
	理 由	1 一人暮らし高齢者 2 認知症状のある者 3 その他（ ）		
緊急連絡先 1	氏 名	（対象者との関係 ）		
	住 所			
	電話番号	自宅	<input type="checkbox"/>	アイロンシールに記載する電話番号を選択し、 <input type="checkbox"/> にレ印を記入してください。
		携帯	<input type="checkbox"/>	
緊急連絡先 2	氏 名	（対象者との関係 ）		
	住 所			
	電話番号	自宅		
		携帯		
備 考				

同意書

<p>1 市が、公簿等により申請書の内容の確認及び調査をすることに同意します。</p> <p>2 住所、氏名、緊急連絡先等の情報を地域包括支援センターへ提供することに同意します。</p> <p>3 必要に応じて、申請書の内容等を警察、消防、医療機関等に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p> <p>※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。</p>
---

(職員記入欄) 個人識別 No.	高 ・ 五 -
	<input type="checkbox"/> キーホルダー交付 <input type="checkbox"/> アイロンシール交付