

様式第1号(第3条関係)

認知症等見守りシール配布事業利用申請書 (兼利用者登録台帳)

年 月 日

さくら市長 様

申請者 住所  
氏名  
要見守り者との続柄  
電話番号

認知症等見守りシール配布事業を利用したいので、さくら市認知症等見守りシール配布事業実施要綱第3条の規定により下記のとおり申請します。

要見守り者の状況	ふりがな 氏名	(旧姓 : ) (名前以外の呼び名 : )	男・女	生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
	住所				
	電話番号	( ) ー			
	申請理由				
	認知症の診断の有無	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)			
	過去に、徘徊等により警察等に保護された、家に戻れない等の経験がある	<input type="checkbox"/> ある ( 年 月頃)		<input type="checkbox"/> ない	
	自分の名前、住所が言える	<input type="checkbox"/> 言える		<input type="checkbox"/> 言えない	
	その他特記事項				
連絡先	第1連絡先	氏名		続柄	
		住所		電話番号	自宅 : 携帯 :
	第2連絡先	氏名		続柄	
		住所		電話番号	自宅 : 携帯 :

上記及び裏面の記載内容について、さくら市、さくら市地域包括支援センター、さくら警察署、氏家消防署及び喜連川消防署において情報を共有することに同意します。

要見守り者氏名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

(裏面)

全身	全身写真を貼ってください。(撮影年月日： 年 月 日頃)
顔	胸より上の写真を貼ってください。(撮影年月日： 年 月 日頃)
特記事項	身体的特徴 (例：右ほほホクロ)

※申請事項に変更が生じた場合は（寝たきりになった・身体状況の変化・転出・転居・死亡など）必ずご連絡ください。

※申請書の内容は当該事業以外の目的には使用しません。

<担当課処理欄>

受付日	登録番号	決裁					情報提供日	台帳廃止日	
		課長	補佐	係長	係	受付者			
							さくら市地域包括 支援センター 年 月 日		
		備考						さくら警察署 年 月 日	
							喜連川消防署 年 月 日		