

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（あて先）かすみがうら市長

利用者住所
利用者氏名
対象者との関係
利用者連絡先

かすみがうら市認知症高齢者QRコード活用見守り事業利用申請書

次のとおり事業を利用したいので申請します。

対象者 (認知症高齢者)	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 かすみがうら市		
	電 話			
QRコードシール 送付先	氏名			
	住 所			
	電 話		対象者との 関係	
対象者情報	別紙のとおり ※この事業の台帳において支援者（緊急連絡先）に登録する親族等には、申請について同意を得ておいてください。			
<p>●上記の事業を受けるに当たり、次の事項について誓約します。</p> <p>1 QRコードシールは適切な管理のもとに使用し、故意に折り曲げたり、丸めたりはしません。</p> <p>2 QRコードシールを目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸与し、又は担保に供しません。</p> <p>3 緊急事態発生時には、警察署や消防署、民生委員児童委員等の協力機関に登録情報（認知症に関する情報を含む。）を提供することに同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">利用者氏名</p>				
<p>●以下のうち、該当するものにチェックを付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> かすみがうら市認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業を既に利用している。 ※ SOS ネットワーク事業を既に利用している方は、QR コード活用見守り事業原票（別紙）の提出は不要です。</p> <p><input type="checkbox"/> かすみがうら市認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業の利用を同時に申し込む。 ※ SOS ネットワーク事業の利用を同時に申し込む方は、SOS ネットワーク事業事前登録原票を提出することで、QR コード活用見守り事業原票（別紙）の提出を省略することができます。</p>				

(別紙)

登録日	年	月	日
-----	---	---	---

かすみがうら市認知症高齢者QRコード活用見守り事業原票

ふりがな 対象者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒 かすみがうら市		
電話			

家族構成

氏名		(歳)	続柄 ()	同居・別居
氏名		(歳)	続柄 ()	同居・別居
氏名		(歳)	続柄 ()	同居・別居

緊急連絡先 ※緊急連絡先は2名以上の記入をお願いします。

連絡先 ①	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		
連絡先 ②	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		
連絡先 ③	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		

