様式第１号（第５条関係）

交野市認知症高齢者見守りQRコード交付事業利用申請書

年　　　月　　　日

交野市長　様

（申請者）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係

　認知症高齢者見守りQRコードの交付を受けたいので、交野市認知症高齢者見守りQRコード交付

事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ対象者氏名 |  | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　（　　　　）歳 |
|  |
| 対象者住所 | 交野市 |
| 電話番号 |  |
| 介護認定 | 事業対象者・要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中・未申請 | 担当ケアマネジャー |  |
| 対象者の状況 | 徘徊等の状況 |
| 個人賠償責任保険の加入 | 希望する　・　希望しない |
| 緊急連絡先氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
| ① |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |

**情報提供にかかる同意**

交野市認知症高齢者見守りQRコード交付事業の利用にあたり、対象者の情報について、損害保険

会社（保険加入希望者のみ）、警察署、その他の関係機関に提供することに同意します。

同意者　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）