

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		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日 () 歳
対象者氏名				
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) _____