

認知症高齢者見守りQRシール交付事業利用申請書

年 月 日

東近江市長 様

住所
申請者
(介護者) 氏名
電話番号

見守りQRシールの交付を受けたいので、東近江市認知症高齢者見守りQRシール交付事業実施要綱第5条の規定により申請します。

申請区分	新規	再交付		
ふりがな		性別	男・女
本人の氏名				
生年月日	年	月	日	(才)
住 所				
申請者との関係				

QRシールを申請する理由の確認欄（該当する項目に○印）

<input type="checkbox"/>	医師から認知症の診断を受けている。
<input type="checkbox"/>	過去に徘徊をしたことがある。
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障を来すほどの物忘れがある。
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

（個人情報の外部提供・閲覧に係る同意について）

このサービスを受けるに当たり、本人の登録番号、氏名、生年月日、住所、顔写真、及び緊急連絡先を東近江警察署へ提供することに同意します。

同意者 緊急連絡先となっている家族等

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

※同意者が署名された場合は、押印を省略することができます。