年　　月　　日

様式第１号（第６条関係）

都城市長　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  |
| （代表者） | 住所 |  |
|  | 電話番号 |  | 続柄 |  |

　　　都城市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

都城市認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

**１　対象者の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者の基本情報 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 都城市 |
| 世帯構成 | 　□ 独居　　□ 家族と同居※　同居親族：　□ 配偶者　　□ 子　 □ 兄弟　　□ その他 |
| 要介護度 | □ 未申請　□ 自立　　□ 要支援(　　)　　□ 要介護（　　） |
| 担当介護支援専門員 | 事業所名　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］氏　　名　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 認知症の診断の有無 | □ 無　　　□ 有 |
|  | 有の場合 | 病院名［ 　　　　　　　　 ］　診断時期［　　　　　　頃　］ |
| 徘徊行動の状況について（あてはまるものすべてに☑をつけてください） |
|  | □ 徘徊行動の回数が増加している。　（ここ６ヶ月で　　　回） |
|  | 　□ 徘徊行動により、事故等のおそれが高い。 |
|  | 　□ 徘徊行動により、地域外から出て行くおそれが高い。 |
|  | 【備　考】　※ 自転車・バス等を利用する場合は記入して下さい。 |

**＜　裏面へ　＞**

**２　連絡先の情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第１連絡先 | ふりがな |  | 続　柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 電話 |  |
| Eﾒｰﾙ |  |
| 第２連絡先 | ふりがな |  | 続　柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 電話 |  |
| Eﾒｰﾙ |  |
| 第３連絡先 | ふりがな |  | 続　柄 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 電話 |  |
| Eﾒｰﾙ |  |

**３．情報提供等の同意**

事業を利用するにあたり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、他の関係機関へ提供することに同意します。また、市職員が事業の利用状況等について、閲覧することについても同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（代表者）　氏　名 | 　 |
| 第1連絡先者　　　氏　名（申請者と同じ場合は記入不要） | 　 |
| 第２連絡先者　　　氏　名（申請者と同じ場合は記入不要） | 　 |
| 第３連絡先者　　　氏　名（申請者と同じ場合は記入不要） | 　 |

　　　　　　　　※本人による署名でない場合は、押印が必要です