

様式第 1 号（第 5 条関係）

山県市認知症高齢者等見守り事業利用申請書

年 月 日

山県市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者からみた続柄
※代理人等による申請の場合は、対象者との関係

山県市認知症高齢者等見守り事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		電話番号	
	氏 名			
	住 所	山県市		
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	認知症（若年性認知症含む） ☐ 診断あり ☐ 疑いあり ☐ 検査中			
	障害者手帳の有無 ☐ なし ☐ あり（手帳の種類： ）			
	自宅に帰れなくなったことがある ☐ ある ☐ ない			
第一連絡先（介護者等）	ふりがな		対象者からみた 続柄 （対象者との関係）	
	氏 名			
	住 所	〒 ☐ 申請者に同じ		
	電話番号	① ②		
第二連絡先（介護者等）	ふりがな		対象者からみた 続柄 （対象者との関係）	
	氏 名			
	住 所	〒 ☐ 申請者に同じ		
	電話番号	① ②		

※連絡先は、緊急時に必ず連絡のとれる方を 1 名以上記入してください。

同意書

事業を利用するにあたり、次の事項について同意いたします。

- ①行方不明時の早期発見及び安全確保を目的として、警察等の関係機関に申請内容に係る個人情報について情報提供を行うこと。
- ②事業の利用状況等について市職員が閲覧すること。

申請者氏名

第一連絡先者氏名

第二連絡先者氏名

認知症高齢者等個人賠償責任保険 加入希望

加 入	☐希望します ☐希望しません
同意書	個人賠償責任保険への加入に当たり必要な情報（登録対象者の氏名、性別、生年月日、住所等）及び保険金の請求に係る事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と市長が共有することについて同意します。 年 月 日 申 請 者 登録対象者 ※登録対象者欄は、申請者が登録対象者以外の場合に記入いただきますが、記入不能の場合は除きます。