

塩竈市認知症高齢者等見守りQRコードシール活用事業 利用申請書

申請日： 年 月 日

申請者氏名			対象者との続柄	
申請者住所				
連絡先 (電話)	自宅	携帯	その他()	

【対象者の状況】

(ふりがな) 対象者氏名			性別	男 女
住所	塩竈市		連絡先	
かかりつけ医	院 名：	(主治医：)		
これまでに かかった病気				
介護保険	介護認定	認定なし ・ 要支援 () ・ 要介護 ()		
	ケアマネ	ケアマネの名前：		事業所名：

【家族状況（*印：対象者）】

名	前	生 年 月 日	年 齢	続 柄	職 業	備 考
*						

【QRコードシールについて】

希望シート	☐ シールタイプ（36枚） ☐ アイロンタイプ（34枚）	
送付先*	氏名： 対象者との続柄 ()	
	住所：〒	連絡先：

※送付先には、QRコードシールの他、決定通知書・却下通知書、事業廃止通知が送付されます。

上記の情報を、塩竈市認知症高齢者等見守りQRコード活用事業の稼動時において、関係機関に提供することに同意します。

年 月 日 同意者： (本人との続柄：)

※ この情報は、個人情報の保護に十分配慮し、塩竈市認知症高齢者等見守りQRコードシール活用事業の運用以外の目的に利用しません。

※ 別紙塩竈市認知症高齢者等見守りQRコードシール活用事業 対象者緊急連絡先を添付して下さい。

塩竈市認知症高齢者等見守りQRコードシール活用事業 対象者緊急連絡先

対象者の氏名： _____

緊急連絡先

連絡順位 1	フリガナ		利用者との関係	
	氏名		家の鍵預かり	有 ・ 無
	住所	〒		
	電話番号	① 自宅		
		② 携帯		
	③ その他			
連絡順位 2	フリガナ		利用者との関係	
	氏名		家の鍵預かり	有 ・ 無
	住所	〒		
	電話番号	① 自宅		
		② 携帯		
	③ その他			
連絡順位 3	フリガナ		利用者との関係	
	氏名		家の鍵預かり	有 ・ 無
	住所	〒		
	電話番号	① 自宅		
		② 携帯		
	③ その他			

※緊急連絡先には1名以上の記入をお願いします。