

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：はいかい高齢者）】

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	<input type="checkbox"/> シールタイプ（36枚） <input type="checkbox"/> 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、塩竈市はいかい高齢者等見守りQRコード活用事業の稼働時において、関係機関に提供することに同意します。

年 月 日 同意者： 印（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。