

芦屋町認知症高齢者等見守りシール交付事業申請書

年 月 日

芦屋町長 様

【申請者】

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

続 柄 _____

芦屋町認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ		電 話	() -
	氏名			
	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
	住所	・ 芦屋町に住民票をおき、在宅生活 ・ 他市町村に住民票をおき、芦屋町内施設利用中 ※どちらかに○をしてください。		
		※施設利用中の人はこの太枠の施設に関する項目も記入してください。		
	利用施 設の 名称		利用 状況	通所 ・ 入所

対象者の 状況	認知症の診断	有 ・ 無	認知症の治療	治療中 ・ 無 ・ 経過観察
	介護認定	有 ・ 無	事業所	
	介護度		ケアマネジャー	
	身長 (cm)		頭髪の特徴	
	体重 (Kg)		体格	太い ・ 普通 ・ 細い
	名 前	・ 答えられる ・ 答えられない		
	住 所	・ 答えられる ・ 答えられない		

	家族の名前	・ 答えられる ・ 答えられない		
	歩き回る・道に迷う	有 ・ 無	過去の保護歴	有（いつ頃 ）・ 無
	発見場所・よく立ち寄る場所			
	特記事項 （特徴や注意事項等）			

【緊急連絡先】

連絡先①	フリガナ		電話	自宅	
	氏名			携帯	
	住所		続柄		
連絡先②	フリガナ		電話	自宅	
	氏名			携帯	
	住所		続柄		
連絡先③	フリガナ		電話	自宅	
	氏名			携帯	
	住所		続柄		

【芦屋町認知症高齢者等見守りシール交付事業の申請に際し、次の事項を承諾します】

了承・同意の場合、□に☑を入れてください。

- ☐ お預かりした個人情報は本事業の実施のみに使用し、他の目的で使用することはありません。
- ☐ 人の生命若しくは身体保護のため緊急かつやむを得ないと認められるときは、警察、消防等の関係機関、協力者等へ情報提供を行い、密接な連携を図ることに同意します。

※以下は記入しないでください。（町記入欄）

受付番号	年	カテゴリ	番号