

箕輪町認知症高齢者等見守りシール交付申請書

年 月 日

箕輪町長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との関係（配偶者・子・その他（ ））

認知症高齢者等見守りシール事業を利用し、シールの交付を受けたいので、箕輪町認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第5条の規定により申請します。

《対象者》

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏 名	(旧姓:)		(歳)
住 所		電話番号	(自宅) (携帯)
要介護認定	あり ・ なし (介護度)	すまいる サポート登録	あり ・ なし

《緊急連絡先》

連絡先 1	ふりがな		電話番号	(自宅) (携帯)
	氏 名			
	住 所		メールアドレス	
連絡先 2	ふりがな		電話番号	(自宅) (携帯)
	氏 名			
	住 所		メールアドレス	
連絡先 3	ふりがな		電話番号	(自宅) (携帯)
	氏 名			
	住 所		メールアドレス	

※メールアドレスは、移動時でも通信できるアドレスをご記入ください。

本申請書は、緊急時及び行方不明の捜索以外の目的で、情報を使用することはありません。