

様式第1号（第5条関係）

神川町認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

年 月 日

神川町長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
対象者との続柄

神川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、次のとおり申請します。

1 申請内容

対 象 者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	神川町	
第1連絡先	ふりがな		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	電話番号		
第2連絡先	ふりがな		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	電話番号		
第3連絡先	ふりがな		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	電話番号		
備 考			

## 2 対象者の状況

医師に認知症と診断されている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これまでに徘徊行動をしたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
最近物忘れがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
同じ行動を繰り返すことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
幻覚症状がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自宅の場所がわからなくなったことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その他気になる行動がある ( )		

## 3 情報提供等の同意

事業を利用するにあたり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、所轄警察署、所轄消防署及び地域包括支援センターへ提供すること並びに町職員が通信システムにより事業の通信状況等を閲覧することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

対象者（後見人）氏名 \_\_\_\_\_ 印

第1連絡先氏名 \_\_\_\_\_ 印

(申請者と同じ場合は記入不要)

第2連絡先氏名 \_\_\_\_\_ 印

(申請者と同じ場合は記入不要)

第3連絡先氏名 \_\_\_\_\_ 印

(申請者と同じ場合は記入不要)

## 4 自己負担額（以下のいずれかに☑してください）

- 自己負担金の減額を受けたいので添付書類を添えて申請します。また、私の町民税の課税及び扶養状況について、関係する担当課又はその他官公署に照会することに同意します。
- 自己負担金の減額を希望しません。