

様式第1号(第6条関係)

角田市認知症高齢者等見守りQRコード活用事業申請書

年 月 日

角田市長 殿

申請者 住 所
氏 名

利用者との続柄 ()

見守りQRコードの配付を受けたいので、角田市認知症高齢者等見守りQRコード活用事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

利 用 者	フリガナ	男・女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
			血 液 型	() RH +・-
住 所	角田市		電 話 番 号	- -
利用者の状況	1 一人暮らし高齢者 2 認知症高齢者 3 障害者(身体・療育・精神)手帳：無・有 (種 級) 4 その他 ()			
介護保険	1 要介護(), 2 要支援(), 3 総合事業 4 非該当・未申請 ケアマネ事業所名 (担当者) TEL			
家族構成	氏名	(歳)	続柄 ()	同居・別居
	氏名	(歳)	続柄 ()	同居・別居
	氏名	(歳)	続柄 ()	同居・別居
身体 の状況 (特 徴)	身長： cm , 体重： kg , 姿勢： 体格：肥満・中肉・痩身 , 眼鏡：有・無 , 頭髪の特徴 特記事項 ()			
病 名	医療機関名	主治医氏名	住所及び電話番号	服薬名
アレルギー	無・有 食物 () 薬 () その他 ()			
希望シート	シールタイプ(36枚) ・ アイロンシートタイプ(32枚)			

〈緊急連絡先〉 駆けつけ可能な方は協力に○、連絡のみの方は連絡に○を（ ）内には順位を記入ください。

連絡 ()	協力 ()	フリガナ		利用者との関係		
		氏名		男・女	鍵預かり	有・無
		住所				
		電話番号	①自宅		②携帯	
		勤務先	勤務先名	電話番号		
連絡 ()	協力 ()	フリガナ		利用者との関係		
		氏名		男・女	鍵預かり	有・無
		住所				
		電話番号	①自宅		②携帯	
		勤務先	勤務先名	電話番号		
連絡 ()	協力 ()	フリガナ		利用者との関係		
		氏名		男・女	鍵預かり	有・無
		住所				
		電話番号	①自宅		②携帯	
		勤務先	勤務先名	電話番号		

緊急連絡先に親族又は後見人が含まれない場合は、下記に記入ください。

親族（後見人）氏名		利用者との関係	
住所		電話番号	

<QRコード・通知文等の送付先>

氏名(あて先)		利用者との関係	
住所	〒	電話番号	

注意事項 ※緊急時（保護時等）の対応に注意すべきことがあればご記入ください。

様式第2号(第6条関係)

誓 約 書

年 月 日

角田市長 殿

申請者 住 所
氏 名 ⑩
利用者との続柄 ()

見守りQRコードの配付を受けるに当たり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 見守りQRコードは適切な管理のもとに使用し、故意に折り曲げたり、丸めたりはしません。
- 2 見守りQRコードを他人へ譲渡、利用する等は絶対にしません。
- 3 緊急事態発生時には、警察署や消防署、民生委員児童委員等の協力機関に登録情報（認知症に関する情報を含む）を提供することに同意いたします。