

鎌倉市認知症高齢者等見守りシール登録申請書

申請日 年 月 日

(宛先)鎌倉市長

(申請者)フリガナ
氏名
住所 〒

電話番号(自宅)
電話番号(携帯)
メールアドレス

〔対象者との
続柄〕

次のとおり、鎌倉市認知症高齢者等見守りシール登録を申請します。

対象者 (本人) 情報	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒 鎌倉市		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号	①自宅 () ②携帯 ()		
連絡先① (介護者等)	フリガナ		対象者との 続柄	
	氏 名			
	住 所	〒 □申請者と同じ		
	電話番号	①自宅 () ②携帯 ()		
	メールアドレス			
連絡先② (介護者等)	フリガナ		対象者との 続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号	①自宅 () ②携帯 ()		
	メールアドレス			
【個人情報の提供及び利用に関する同意】				
本事業を実施するにあたり、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、他の関係機関へ情報提供することに同意します。また、市職員が事業の利用状況等について閲覧することについても同意します。				
本人氏名		申請者氏名		〔対象者との 続柄〕