

様式第1号（第4条関係）

安曇野市見守りシール交付事業利用申請書

年 月 日

（宛先）安曇野市長

申請者
住所
氏名
電話番号

見守りシールの交付を次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		生年	年 月 日	
	氏名		月日		
	住所	安曇野市			
	電話番号				
介護者等の緊急連絡先	第1 連絡先	ふりがな		対象者との 続柄	
		氏名			
		住所			
		電話番号			
		メールアドレス			
	第2 連絡先	ふりがな		対象者との 続柄	
		氏名			
		住所			
		電話番号			
		メールアドレス			
	第3 連絡先	ふりがな		対象者との 続柄	
		氏名			
		住所			
		電話番号			
		メールアドレス			

※ メールアドレスは、個人を特定できる情報を含まないものをご記入ください。

※ 見守りネットワークの支援について（希望します。 希望しません。）

【情報提供等の同意】

事業を利用するに当たり、次の事項について同意します。

- (1) 事業の利用を決定するために必要があるときは、介護保険法第 27 条第 3 項に規定する主治医意見書の記載内容、同条第 7 項に規定する介護認定審査会の審査内容及び判定結果その他必要な事項を、対象者の主治医、介護認定審査会又は対象者が利用契約を締結している介護保険事業所に対して調査すること。
- (2) 対象者及び介護者等の個人情報について、市が警察署、消防署及び地域包括支援センター等の関係機関に提供すること。
- (3) 見守りシールを本来の目的に反した利用、譲渡、交換、貸与又は複製はしないこと。

申請者

氏名 _____

対象者(被後見人)

氏名 _____

対象者の代理人(代筆者含む。いない場合は記入不要)

氏名 _____

第 1 連絡先者(申請者と同じ場合は記入不要)

氏名 _____

第 2 連絡先者(申請者と同じ場合は記入不要)

氏名 _____

第 3 連絡先者(申請者と同じ場合は記入不要)

氏名 _____