年　　月　　日

守口市長　様

見　本

申請者住所

申請者氏名

対象者との続柄（　　　　　　　　）

電話番号

緊急連絡先➀～③の中から代表者名を記入。

書類提出はケアマネ等、代理でも可能。

シール交付は市高齢介護課で行うため、代表者は窓口に来庁できる人が望ましいです。

守口市高齢者見守りシール交付事業利用登録申請書

　守口市高齢者見守りシールの交付と守口市高齢者徘徊SOSネットワークの利用登録を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ対象者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
|  | 男・女 | 生年月日 | T　　　　　年　　月　　日生S　　　　　　　　　（　　　　　）歳 |
| 対象者住所 | 守口市 |
| 電話番号 | 　　　　-　　　　- | 担当ケアマネジャー |  |
| 介護認定 | 事業対象者・要支援１・２要介護１・２・３・４・５対象者の近隣に居住し、対応が早急にできる順に記入してください。申請中・未申請 | 認知症高齢者の診断の有無 | [ ] 無　　[ ] 有病院名[　　　　　　　　　]診断時期[　　　　　　　頃] |
|  |  |
| 緊急連絡先氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
| ➀ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |  |
| Eメール |
| ② | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |  |
| Eメール |
| ③ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |  |
| Eメール連絡先には、必ず連絡が取れるEメールアドレスを記入してください。 |
| 対象者➀～③連絡先者に必ず同意を得てください。 | 写真添付 |

見　本

左側の例にように記入してください。個人情報が特定されるような情報は、記入しないでください。左側の例にように記入してください。

**どこシル伝言板登録シート**

**記入日：　　年　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 医療依存度が高い順に記入してください。 |
|  |  |
|  | 必ず連絡が取れるEメールアドレスを記入してください。 |
|  |  |
|  |
|  |

**※発見通知メールアドレスは、発見者側には表示されません。**