

様式第1号

認知症高齢者等ひとり歩き見守り支援事業利用申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者	住所	(電話 - -)
	氏名	フリガナ
対象者との続柄		

次の者について、認知症高齢者等ひとり歩き見守り支援事業の利用を申請します。
また、通知先メールアドレスについて登録を行うことに同意します。

住所	摂津市		
	(電話 - -)		
対象者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 ・ 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
ひとり歩き見守り支援が必要な理由			

【通知先メールアドレス】

連絡先1 (必須)	
連絡先2	
連絡先3	

※メールアドレスは、発見者 (QRコード読取者) にはわからない匿名形式で登録されます。□

【通知先電話番号】

登録希望 (※)	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
登録する電話番号	

※電話番号は、発見者 (QRコード読取者) に番号がわかる形で登録されます。