

五所川原市地域高齢者見守り事業[新規・変更]申請書

年 月 日

五所川原市長 様

申請者 氏 名  
 対象者との続柄 ( )  
 住 所  
 連絡先

五所川原市地域高齢者見守り事業について、次のとおり [新規・変更] 申請します。

対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			明・大・昭 年 月 日
	住 所	五所川原市	連絡先	
第 1 連絡先	ふりがな			
	氏 名			続 柄
	住 所		連絡先	
第 2 連絡先	ふりがな			
	氏 名			続 柄
	住 所		連絡先	
第 3 連絡先	ふりがな			
	氏 名			続 柄
	住 所		連絡先	

※シルバー SOS ネットワーク ( 登録済 ・ 登録申請 ・ 未登録 )

【情報提供等の同意及び遵守事項同意欄】

おでかけ見守りシールの交付を受けるにあたり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故等の未然防止のために、警察等の関係機関に提供すること及び市の職員がお出かけ見守りシールを用いた通信状況等について閲覧することに同意します。

また、五所川原市地域高齢者見守り事業実施要綱第 11 条の規定を遵守することを誓います。

年 月 日

対象者氏名 \_\_\_\_\_

介護者等氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( )