　様式第１号（第５条関係）

府中町認知症高齢者等保護情報共有サービス利用申請書

府中町長

申請者 氏 名

年 月 日

対象者との続柄（ ） 住 所

連絡先

府中町認知症高齢者等保護情報共有サービスの利用について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふり がな |  | 性　別 | 男性　・　女性 |
| 氏 名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　　年　　　　月　　　日 | | |
| 住　所 | 府中町 | | |
| 緊急時連絡先 | 第１連絡先 |  | 電話 |  |
| 対象者との関係（　　　　　　　）  住所 | E ﾒｰﾙ |  |
| 第２連絡先 |  | 電話 |  |
| 対象者との関係（　　　　　　　）  住所 | E ﾒｰﾙ |  |
| 第３連絡先 |  | 電話 |  |
| 対象者との関係（　　　　　　　）  住所 | E ﾒｰﾙ |  |

※Eメールは、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。

※緊急時連絡先は、緊急時に必ず連絡がとれる方を２名以上記入し、そのうち１名以上は半日程度で迎えに行くことができる方としてください。

【対象者の要件】

府中町高齢者等SOS捜索支援事業に登録がある（登録と同時申請可）　　□