

様式第 1 号（第 7 条関係）

飯田市認知症高齢者等身元確認QRコードシール活用事業申請書

年 月 日

飯田市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号
利用者との続柄

飯田市認知症高齢者等身元確認QRコードシール活用事業を利用したいので、飯田市認知症高齢者等身元確認QRコードシール活用事業実施要綱第7条の規定により次のとおり申請します。

1 申請内容

利用者（認知症高齢者等）	ふりがな		性別	男 女
	氏 名		生年 月 日	大・昭 年 月 日生
	住 所	飯田市		
	徘徊の頻度	☐ ほぼ毎日 ☐ 週 1 回程度 ☐ 月数回 ☐ その他		
	認知症の受診歴	☐ なし ☐ あり		
	当該理由	☐ 医師からの認知症の診断がある（ 年 月頃） ☐ 認知症の疑いがあり、警察等に連絡又は保護されたことがある（ 年 月頃）		
第1連絡者	ふりがな		続 柄	
	氏 名			
	住 所			
	連 絡 先			
	e-m a i l			

第2 連絡者	ふりがな		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	連 絡 先		
	e-m a i l		
第3 連絡者	ふりがな		続 柄
	氏 名		
	住 所		
	連 絡 先		
	e-m a i l		

2 情報提供等の同意及び遵守事項の誓約

申請内容に係る個人情報等を警察等の関係機関に提供すること及び市の職員が身元確認QRコード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、飯田市認知症高齢者等身元確認QRコードシール活用事業要綱第14条の規定を遵守することを誓います。

(自署)

申請者氏名 _____

後见人氏名 _____

第1連絡者氏名 _____

第2連絡者氏名 _____

第3連絡者氏名 _____

※第1～3連絡者が申請者と同じ場合は自署不要