

令和 年 月 日

亶理町認知症高齢者等見守り QR コード活用事業申請書

亶理町長 殿

申請者 住所

氏名 ⑨

対象者との続柄 ()

見守り QR コードの交付を受けたいので、亶理町認知症高齢者等見守り QR コード活用事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
			血液型	()型RH + ・ - ・不明
住所	亶理町		電話番号	- -
対象者の状況	1 認知症高齢者 2 一人暮らし高齢者 3 障害者(身体・療育・精神)手帳:無・有(種 級) 4 その他()			
介護保険	1 要介護() 2 要支援() 3 総合事業 4 非該当・未申請 ケアマネ事業所名 (担当者) TEL			
家族構成	氏名	(歳)	続柄()	同居・別居
	氏名	(歳)	続柄()	同居・別居
	氏名	(歳)	続柄()	同居・別居
身体状況(特徴)	身長: cm, 体重: kg, 姿勢: 体格:肥満・中肉・痩身, 眼鏡:有・無, 頭髪の特徴 特記事項()			
病名	医療機関名	主治医氏名	住所及び電話番号	服薬名
アレルギー	無・有 食物() 薬() その他()			
希望シート	□シールタイプ(36枚)		□アイロンタイプ(32枚)	

〈協力員〉 駆けつけ可能な方は「協力」、連絡のみの方は「連絡」に○をつけてください。

() 内には順位を記入ください。

連絡 ()	協力 ()	フリガナ		対象者との関係		
		氏名		男・女	鍵預かり	有・無
		電話番号	①自宅 ②携帯			
		勤務先	勤務先名 電話番号			
		住所				
連絡 ()	協力 ()	フリガナ		対象者との関係		
		氏名		男・女	鍵預かり	有・無
		電話番号	①自宅 ②携帯			
		勤務先	勤務先名 電話番号			
		住所				
連絡 ()	協力 ()	フリガナ		対象者との関係		
		氏名		男・女	鍵預かり	有・無
		電話番号	①自宅 ②携帯			
		勤務先	勤務先名 電話番号			
		住所				

協力員に親族又は後見人が含まれない場合は、以下に記入ください。

親族（後見人）氏名		対象者との関係	
住所		電話番号	

【QRコード・通知文等の送付先】

氏名(あて先)		対象者との関係	
住所	〒	電話番号	

注意事項 ※緊急時（保護時等）の対応に注意すべきことがあればご記入ください。

誓 約 書

令和 年 月 日

亘理町長 殿

申請者 住 所
氏 名 ⑩
対象者との続柄 ()
対象者 氏 名

見守りQRコードの配付を受けるに当たり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 見守りQRコードは適切な管理のもとに使用し、故意に折り曲げたり、丸めたりは
しません。
- 2 見守りQRコードを他人へ譲渡、利用する等は絶対にしません。
- 3 対象者及び協力者の情報について、町が委託した亘理町認知症高齢者等見守りQR
コード活用事業受託業者へ提供することに同意します。
- 4 緊急事態発生時には、警察署や消防署等の協力機関に登録情報（認知症に関する情
報を含む）を提供することに同意いたします。