様式第１号（第３関係）

栃木市安心見守りカプセル配付申請書

年　　月　　日

　（あて先）栃木市長

本人又は家族　　住　所

氏　名

安心見守りカプセルの配付を受けたいので、下記の内容について承諾のうえ、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配　付　対象者 | 住　　所 |  | 生年月日 | | 年 　 月 　 日  (　 　　歳) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 介護認定 | | 無　・　有  【介護度　　　 　】 |
| 氏　　名 |  |
| 申　請  代理者 | 住　　所 |  | 電話番号 | |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 配付対象者との関係 | |  |
| 氏　　名 |  |
| 申　請  理　由 | 申請理由について具体的に記載ください。  （例）・自分の名前、住所、年齢などを言うことが難しくなってきている  ・ひどい物忘れがある　・外出すると戻れないことがある　　等 | | | | |
| 承諾事項  　１　安心見守りカプセルを適切に管理するとともに、譲渡したり貸し付けたりしないこと。  ２　配付対象者本人の情報を必要に応じて、関係機関へ提供すること。  ３　緊急時に、配付対象者等の同意を得ることなく、カプセルを開封し情報を確認する場合が  あること。 | | | | | |
| ※担当課記載欄　　　可・否 | |

※緊急時連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 住所 |  | 電話番号 |  |
| 続　　柄 |  |