

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)
	フリガナ 氏 名		介護認定	無 ・ 有 【介護度 】
申 請 代理者	住 所		電話番号	
	フリガナ 氏 名		配付対象者 との関係	
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ります。				
			※担当課記載欄 可・否	

※緊急時連絡先

氏名	住所	電話番号	
		続 柄	