

四日市市認知症高齢者等みまもり支援事業利用申請書

年 月 日

四日市市長

（申請者） 住所 _____

氏名 _____ 印

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

※自署の場合は押印を省略できます。

次のとおり、四日市市認知症高齢者等みまもり支援事業の利用を申請します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年	月	日	
	氏 名			(歳)			
	性 別		男性	・	女性	・	その他
	住 所	四日市市					
	要介護度	認定無し ・ 申請中 ・ 要支援（１・２）・ 要介護（１・２・３・４・５）					
	SOSメール配信事業 事前登録状況	登録済 ・ 申請中 ・ 未登録					
	利用申請事業 (希望する事業に☑)	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者等安心おかえりシール交付事業 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者等あんしんGPS給付事業 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者等あんしん保険事業					

各事業の利用にあたり、四日市市認知症高齢者等SOSメール配信事業の事前登録に際して同意した事項のほか、以下の事項に同意します。（※登録を希望しない事業については記載不要です。また、自署の場合は押印を省略できます。）

【認知症高齢者等あんしんGPS給付事業】

対象者の生命又は身体を保護するために必要と判断される場合には、本人の同意を得ることなく、四日市市が本人の位置情報を検索することに同意します。

年 月 日

対象者氏名 _____ 印

※対象者の意向が確認できない場合は申請者のみ署名・押印下さい。

申請者氏名 _____ 印

【認知症高齢者等あんしん保険事業】

保険事業の利用に必要な個人情報（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先）、保険金の請求にかかる事故の状況等に関する情報について、当該保険会社と四日市市が共有することについて同意します。また、事故があった場合、速やかに所定の窓口へ報告します。

年 月 日

対象者氏名 _____ 印

※対象者の意向が確認できない場合は申請者のみ署名・押印下さい。

申請者氏名 _____ 印