

宮代町徘徊高齢者等探索サービス利用申請書

年 月 日

宮代町長 様

住所
申請者 氏名
電話番号（ ）

宮代町徘徊高齢者等探索サービス事業実施要綱第5条の規定に基づき、徘徊高齢者等探索サービスの利用を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

介護が必要な方	フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日生 (歳)
	住所	宮代町	電話番号 Fax 番号	
	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	申請者との続柄 ()	
世帯の状況	氏 名		続 柄	生 年 月 日
	1		世帯主	年 月 日生
	2			年 月 日生
	3			年 月 日生
	4			年 月 日生
	5			年 月 日生
緊急時連絡先	第1連絡先	氏名 連絡先名称 介護が必要な方との続柄 () 電話番号		
	第2連絡先	氏名 連絡先名称 介護が必要な方との続柄 () 電話番号		
	第3連絡先	氏名 連絡先名称 介護が必要な方との続柄 () 電話番号		

(裏面)

緊急探索協力者	1	氏名	住所		
		電話番号			
	2	氏名	住所		
		電話番号			
	3	氏名	住所		
		電話番号			
位置情報取得者	氏名				
	住所				
	電話番号		Fax 番号		
担当民生委員・児童委員	氏名				
	電話番号				
*加入料金・付属品代金の免除理由 (記入不要)					
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯					

個人情報使用同意欄

私（申請者）は、宮代町が保有する個人情報から所得の状況の確認のために、私及び私の家族の個人情報を宮代町が得ることに （同意します・同意しません）

※同意されないときおよび、申請者が町外に住所を有する場合は、生活保護世帯もしくは、住民税非課税世帯であることを示す書類等を添付してください。なお、個人情報使用に同意された場合でも、必要に応じて収入状況の分かる書類等を提出していただく場合があります。

※生活保護を受給されている方は、受給証をご提示ください。