（様式第１号）

ひとり歩き高齢者等地域見守りシール事業利用申請書（兼）誓約書

　　　　　　年　　　月　　　日

越 前 町 長　 様

 　 　　　　　　　　　　　　　 住 所

申 請 者　　氏 名

（介護者）　　 （電話番号：　　 　　　　　　　）

　ひとり歩き高齢者等地域見守りシール事業実施要綱に基づき、事業を利用したいので申請するとともに、申請内容に係る個人情報を警察等関係機関への提供することに同意します。また町職員が通信システムによりQRコードシールを用いた通信状況等を閲覧することについて同意します。

　なお、事業利用の決定を受けてQRコードシールを使用ときには、要綱に定める事項を遵守することに努めます。

記

１　QRコードシールを使用する高齢者

　　　　　　　住　　所

　　　　　　　氏　　名

生年月日

２　介護者連絡先

 第１連絡先

住　　所

氏　　名

連 絡 先

E - mail

　　　　第２連絡先

住　　所

氏　　名

連 絡 先

E - mail

３　資格要件（①または②のいずれかの欄に必要事項を記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| ①民 生 委 員署 名 欄 | 上記高齢者について事業利用が必要と認めます 　  |
| ②要介護認定 | 被保険者番号　　　　　　　　　　　　　　　認 定 区 分　 事業対象者・要支援１・要支援２　　　　　　　　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５有効期限　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　 |