様式第１号（第５条関係）

三春町認知症高齢者等見守りＱＲコードⓇ活用事業利用申請書

年　　月　　日

　三春町長　　　　　　　様

（申請者）住　所

氏　名

電　話

（登録者との関係　　　　　）

三春町認知症高齢者等見守りＱＲコードⓇ活用事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録者 | ふりがな氏　　名 | 性別　男・女 |
| 生年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 住所　〒９６３－　三春町 |
| 電話 |
| 登録者情報 | 三春町認知症高齢者等ＱＲコードⓇ活用事業登録者台帳（別紙１）に記入します。 |
| ＱＲコードⓇシートの種類 | □　シールタイプ　　　　□アイロンタイプ |

　私は申請者として、緊急連絡先に登録する親族等に、この申請内容を伝えます。

　また、登録者の情報について、町が契約した三春町認知症高齢者等見守りＱＲコードⓇ活用事業受託者へ提供する場合があることに同意します。

　なお、緊急事態発生時には、警察署や消防署、民生委員児童委員等の協力機関に登録情報（認知症に関する情報を含む）を提供するとともに、三春町防災行政無線及び防災メールにて町内に周知する場合があることに同意します。

（申請者氏名）　　　　　　　　　　　　㊞