

様式第 1 号（第 6 条関係）

海田町認知症高齢者等保護情報共有サービス利用申請書

年 月 日

海 田 町 長 様

申請者 氏 名
対象者との続柄（ ）
住 所
連絡先

海田町認知症高齢者等保護情報共有サービスの利用について、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		性 別	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	海田町		
緊急連絡先	第 1 連絡先	ふりがな 氏名	電話	
		対象者との関係（ ）	Eメール	
		住所		
	第 2 連絡先	ふりがな 氏名	電話	
		対象者との関係（ ）	Eメール	
		住所		
	第 3 連絡先	ふりがな 氏名	電話	
		対象者との関係（ ）	Eメール	
		住所		

※緊急時連絡先は、緊急時に必ず連絡がとれる方を 2 名以上記入し、そのうち 1 名以上は半日程度で迎えに行くことができる方としてください。

【対象者の要件】
海田町徘徊高齢者等 SOS ネットワークに登録がある（登録と同時申請可） ☐