

小豆島町認知症見守りシステム事業利用申請書

小豆島町長 様

申請者
住所
氏名 (印)
(電話)

小豆島町認知症見守りシステム事業の利用を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者	氏名	男 ・ 女 (年 月 日生)
	住所	
利用者の健康状態	要介護度区分	
	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
	徘徊が始まった時期	年 月頃から
	特記事項	

なお、利用者情報が小豆島町から委託事業者、関係機関等、本事業の遂行に必要な範囲内において情報提供されることに同意します。

申請者氏名 _____ (印)

(自署又は記名押印)