江別市認知症高齢者等みまもりあいステッカー事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

江　別　市　長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
| ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | 自宅 |  |
| 緊急連絡先 |  |

　江別市認知症高齢者等みまもりあいステッカー事業を利用したいので、次のとおり申請します｡

本サービスの利用にあたり、市からの利用状況等に関する問い合わせに協力することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和平成・令和 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  |
| 世帯構成 | □１人暮らし　□高齢者のみ世帯　□日中独居□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登録連絡先 | １ | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏名 | 　　 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ２ | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 【市使用欄】 |
| 配付ID |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録補助希望（　有　・　無　）　※補助した場合　暗証番号　 |