

射水市認知症高齢者等みまもりあい事業利用(変更・廃止)申請書

年 月 日

射水市長

申請者	住所
(送付先)	氏名
	利用者との続柄()
	電話番号

警察署、消防署及びケアマネジャー等の関係する者に情報提供を行うことに同意のうえ、射水市認知症高齢者等みまもりあい事業の利用(変更・廃止)をしたいので申請します。

利用者情報

ふりがな			
氏名	男・女	生年月日 年齢	年 月 日 (満 歳)

変更の方 ※下記内容のうち変更する箇所のみ記入してください。

利用者住所	〒 -	射水市	TEL	- -
介護支援 専門員	氏名	所属		
緊急連絡先① (続柄:)	氏名		私は緊急連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署及びケアマネジャー等の関係する者に提供することに同意します。	
	住所			
	電話番号			
緊急連絡先② (続柄:)	氏名		私は緊急連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署及びケアマネジャー等の関係する者に提供することに同意します。	
	住所			
	電話番号			

廃止の方 ※廃止理由に該当する番号に○をつけてください。

1 転出 2 死亡 3 入院・入所(施設名:) 4 その他()
