様式第3号（第7条関係）

射水市認知症高齢者等みまもり事業（どこシルプラス事業）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 _____

下記に同意のうえ、射水市認知症高齢者等みまもり事業（どこシルプラス事業）の利用（変更・廃止）をしたいので申請します。

・警察署、消防署、地域包括支援センター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。

利用者情報

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名	男・女	年齢	(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	所属 氏名		
連絡先 () 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、地域包括支援センター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		
	メールアドレス		
連絡先 () 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、地域包括支援センター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		
	メールアドレス		

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（ _____ ）		