

ID	AA
----	----

浦安市高齢者保護情報共有事業登録申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長 内 田 悦 嗣

申請者

住所

氏名

(本人との続柄:)

電話番号

下記のとおり、浦安市高齢者保護情報共有事業の登録を申請します。

本人の 状況	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住 所	浦安市		
	電話番号	()		
	世帯構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中		
	ケアマネージャー	事業所名 () 氏名 () 電話番号 ()		

緊急 連絡 先	1 番 目	氏 名	続柄 ()		
		住 所			
		自宅電話番号		携帯電話番号	
	2 番 目	氏 名	続柄 ()		
		住 所			
		自宅電話番号		携帯電話番号	

- 登録内容について、浦安市と浦安警察署において情報を共有することに同意します。
(※この事業は、市が行う介護施策の情報などを申請者様へ情報提供することがあります。)
- 交付されたシールは速やかに本人の衣服及び持ち物等に貼付し、他者に譲渡したり、目的外で使用することはしません。

署名 (申請者)

添付書類

- 登録シート