様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　　大崎市長　　　　様

住所　大崎市

申請者　氏名

徘徊高齢者家族支援サービス事業利用申請書

　　大崎市徘徊高齢者家族支援サービス事業実施要綱第６条第１項の規定により，この事業を利用したいので，下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 大崎市 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 自宅 | 電話番号 | ―　　　― | ＦＡＸ番号 | ―　　　― |
| 携帯電話番号 | 　　―　　　― |
| 勤務先 | 名称 | 　 | 電話番号 | ―　　　― |
| ＦＡＸ番号 | ―　　　― | 携帯電話番号 | ―　　　― |
| 暗証番号（４桁の数字） | 　 |
| 高齢者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 性別 | 男　・　女 | 身長 | ㎝　　　 |
| 利用者との続柄 | 配偶者・親・子・兄・弟・姉・妹・その他親族（　　　　　）その他（　　　　　　　　　） |
| 利用者と別居の場合 | 住所 | 　 |
| 電話番号 | 　 |

　　利用者本人以外に必要がある場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 住所 | 大崎市 | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 電話番号 | ―　　　― | 携帯電話番号 | ―　　　― |
| 利用者との続柄 | 配偶者・親・子・兄・弟・姉・妹・その他親族（　　　　　）その他（　　　　　　　　　） |