

伊奈町高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

年 月 日

(宛先)

伊奈町長

申請者 住 所  
氏 名  
連絡先  
対象者との続柄

いな見守りONE TEAM事業実施要綱第13条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		生 年 月 日	年齢
	氏 名		年 月 日	
	住 所	連絡先		
緊急時 連絡先 (第1)	ふりがな		生 年 月 日	続柄
	氏 名		年 月 日	
	住 所	連絡先		
緊急時 連絡先 (第2)	ふりがな		生 年 月 日	続柄
	氏 名		年 月 日	
	住 所	連絡先		
緊急時 連絡先 (第3)	ふりがな		生 年 月 日	続柄
	氏 名		年 月 日	
	住 所	連絡先		

事業を利用するにあたり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のために、他の関係機関へ提供することに同意します。また、担当職員が事業の利用状況等について閲覧することについて同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_