

（宛先）吉岡町長

住所
申請者 氏名 印
電話番号
利用者との続柄（ ）

吉岡町認知症徘徊高齢者等検索サービス事業利用申請書

吉岡町認知症徘徊高齢者等検索サービス事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請いたします。

フリガナ		生年月日	性別	年齢
利用者氏名		年 月 日	男・女	歳
住 所		連絡先	(自宅) (携帯)	
本人の 特 徴	身長: _____ cm 体格: やせぎみ・ふつう・太りぎみ(体重: _____ kg) その他特徴(頭髪・メガネ等): _____			
申請区分 該当する番号を○ で囲むこと	1	本町に在住し、65歳以上で認知症の周辺症状である徘徊行動がみられる高齢者を介護する者等		
	2	本町に在住し、40歳以上65歳未満の初老期における認知症により徘徊のおそれのある者		
	3	その他特別な理由等による者 理由 { _____ }		
希望連絡先 (GPS 機器の説明 ・納品等の調整)	※下記欄にレを記入してください。 <input type="checkbox"/> 申請者本人 / <input type="checkbox"/> その他 希望者の氏名 _____ 本人との関係 _____ 連絡先 _____			

【緊急連絡先】

緊急連絡先には、機器の充電管理を行い、利用者が行方不明になった際に搜索活動が可能な方を記入してください。

	氏 名	続柄	住 所	連 絡 先
1				(携帯番号) (メールアドレス)
2				(携帯番号) (メールアドレス)
3				(携帯番号) (メールアドレス)

個人情報の取り扱いとなるため、登録者の方のみ位置情報を提供いたします。