令和　　年　　月　　日

（申請先）

社会福祉法人福知山市社会福祉協議会会長

（申請者）〒

住　　所

氏　　名

電話番号

対象者との続柄

安心生活見守りキーホルダー登録申請書

安心生活見守りキーホルダーの配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、安心生活見守りキーホルダー登録シートに記載されている情報について、福知山市社会福祉協議会が緊急時に救急隊員、医療関係従事者及び行政関係機関等に対し、情報提供することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | ふりがな |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　 －福知山市 |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 該当する番号に○を付けてください | １：認知症による徘徊がある |
| ２：認知症による徘徊のおそれがある |
| ３：ひとり暮らし |
| ４：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （職員記入欄）キーホルダー№ | 会　　長 | 常務理事事務局長 | 福祉部長 | 次 長 | 地域福祉課　　長 | 担当者 | 受付者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |