

保護対象者 ID	*
----------	---

徳島市見守りシール交付事業〔新規・変更〕申請書

年 月 日

徳島市長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
 対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_

徳島市見守りシール交付事業について、次のとおり〔新規・変更〕申請します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	徳島市		
緊急時連絡先（介護者）	第1連絡先 〔続柄:        〕	氏名 住所 Eメール	電話	
	第2連絡先 〔続柄:        〕	氏名 住所 Eメール	電話	
	第3連絡先 〔続柄:        〕	氏名 住所 Eメール	電話	

※Eメールは、個人を特定できる情報を含まないものをご記入ください。

※変更の場合は、対象者氏名、生年月日及び変更箇所のみご記入ください。

【同意欄】

私は、事業の実施にあたり、管轄の警察署、消防署及び徳島市地域包括支援センター等関係機関に個人情報を提供することに同意します。

シール交付年月日	年 月 日
* 年 月 日	
シール受領者署名	
*	
シール受領者本人確認	
* <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他	

対象者氏名 \_\_\_\_\_（自署・代筆）  
 代筆者氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）  
 介護者氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）  
 ※代筆者氏名、介護者氏名は自署にてご記入ください。

**\*の欄は事務局使用欄です。**