

# 記入例

赤字部分の記載をお願いします

登録番号 記入しないでください

(市記載)

様式第1号 (第3条関係)

高齢者見守りステッカー配布事業利用申請書

申請する日付をお書きください。

(申請先)  
新座市長

令和3年 4月 1日

住所 大和田○-△-□  
申請者 氏名 新座 太郎

(続柄: 長男)

電話番号 048-000-0000

高齢者見守りステッカー配布事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

| 本人の状況               |  |      |   |
|---------------------|--|------|---|
| ふりがな                | にいざ はなこ  | 性別   | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女                               |
| 氏名                  | 新座 花子<br>(旧姓: 野火止)<br>(名前以外の呼び名: はなちゃん)  | 生年月日 | 明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和<br>16年 1月 1日<br>(年齢 80歳) |
| 住所                  | 野火止○-△-□   |      |   |
| 電話番号                | 048-481-△△△△   |      |   |
| 申請理由                | 外出して自宅に戻れないことがあったため<br>迷い人になったことがあるため など   |      |   |
| 世帯構成                | <input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                    |      |   |
| 要介護認定区分             | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 (1・2)<br><input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) |      |   |
| 認知症に関する<br>医師の診断の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |      |   |

緊急連絡先は必ず2か所  
お書きください。

| 緊急連絡先①                                   | 緊急連絡先②                               |
|--|--------------------------------------|
| 氏名                                       | 氏名                                   |
| 新座 太郎 (続柄: 長男)                           | 志木 和子 (続柄: 長女)                       |
| 住所                                       | 住所                                   |
| 大和田○-△-□                                 | 志木市本町○-△-□                           |
| 電話番号                                     | 電話番号                                 |
| 自宅 048-000-0000<br>携帯 090-0000-0000<br>0 | 自宅 048-1111-1111<br>携帯 048-1111-1111 |

上記登録内容について、新座市、居住地の高齢者相談センター及び新座警察署において情報を共有することに同意します。  
(※個人情報については厳重に管理し、当該事業以外の目的には使用しません。)

氏名 (申請者) 新座 太郎

市記入欄:  第1号被保険者以外