

様式第1号（第4条関係）

飯能市おでかけ見守りシール交付事業利用申請書

年 月 日

（宛先）飯能市長

申請者 住 所
 氏 名
 電話番号
 対象者との関係

飯能市おでかけ見守りシール交付事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

| | | | | |
|-----|------|-------|----|-------|
| 対象者 | フリガナ | | 電話 | |
| | 氏 名 | | 番号 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 現住所 | 飯能市 | | |

| | | |
|--------|--------|---|
| 状 況 | 認知症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 名前 | <input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> 旧姓で答える（ ） |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> 旧住所で答える（ ） |
| | 家族の名前 | <input type="checkbox"/> 答えられる（ ） <input type="checkbox"/> 答えられない |
| | はいかい行動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど無い） |
| | 警察保護歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 発見場所 | |

| | | | | |
|-------|-----|-----|----|------|
| 緊急連絡先 | 氏 名 | 住 所 | 関係 | 電話番号 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |