

登録番号： _____

* この欄は職員が記入します

みまもりシール事前登録申請書

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

青森市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 (_____)

電話番号 _____

対象者情報

ふりがな		生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名			
住 所	青森市	電話番号	

緊急連絡先

第1連絡先 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は チェック	氏名： _____	続柄： _____
	住所： _____	電話： _____
第2連絡先 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は チェック	氏名： _____	続柄： _____
	住所： _____	電話： _____

* 日中に連絡がとれる連絡先を記載してください。

* 申請者以外で登録する緊急連絡先のかたには、事前に登録する旨の承諾を得てください。

* 上記内容に変更が生じた場合は、届出が必要となりますのでご連絡ください。

同 意 欄

私は、本申請書の情報を青森警察署、青森南警察署及び担当圏域の地域包括支援センターに提供することについて、同意します。

私は、市が対象者情報について、住民基本台帳情報と突合することに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

対象者氏名

代理者氏名

続柄 (_____)

(本人自署の場合は記載不要)

担当課処理欄

受付日	決 裁			情報提供日			
	課長	TL	受付者	青森警察署	年	月	日
				青森南警察署	年	月	日
				地域包括支援センター	年	月	日
				高齢者支援課	年	月	日
				健康福祉課	年	月	日
	備考欄						