

第1号様式（第4条）

府中市認知症高齢者等おかえりサポートシール給付事業利用申請書

年 月 日

府 中 市 長

府中市認知症高齢者等おかえりサポートシール給付事業の利用について、次のとおり申請します。

また、本事業を利用するに当たり、対象者の行方不明時の早期発見及び安全確保を目的として、警察署、府中市地域包括支援センター等の関係機関に申請内容に係る個人情報を提供することに同意します。

対象要件確認 ※該当するものに ☒	府中市に住民票があり、実際に市内に居住しており、次のいずれかの要件を満たし、過去に本事業に基づくおかえりサポートシールの給付を受けていない場合に対象となります。 ☐ 65歳以上で認知症の症状を有する者で、在宅で生活しているもの ☐ 64歳以下で認知症と診断された者で、在宅で生活しているもの
--	---

申請者	ふりがな		対象者との続柄	
	氏 名		電話番号	— —
	住 所			
対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 府中市		
第一連絡先	ふりがな		対象者との関係	
	氏 名		電話番号	— —
	住 所	☐ 申請者と同上		
	メール			
第二連絡先	ふりがな		対象者との関係	
	氏 名		電話番号	— —
	住 所	☐ 申請者と同上		
	メール			

※メールアドレスは、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。