

# 記載例

## 郡山市認知症高齢者等身元確認QRコード活用事業利用申請書

年 月 日

郡山市長

(申請者) 住所 **郡山市朝日一丁目23番7号**

申請者は、被介護者（QRコードを貼り付けたものを身に着ける方）でなく、介護者であるご家族の事柄を記載して下さい。

氏名 **郡山 がくと**

電話 **024-924-3561**

(登録者との関係 **子**)

次のとおり事業を利用したいので申請します。

登録者	ふりがな <b>こおりやま うねめ</b> 氏名 <b>郡山 うねめ</b>	性別 男 ・ <b>女</b>
	生年月日 <b>昭和〇〇</b> 年 〇月 〇日 ( <b>〇〇</b> 才)	
	住所 〒963- <b>8601</b> 郡山市 <b>朝日一丁目23番7号</b>	
	電話 <b>024-924-3561</b>	
登録者情報	郡山市認知症高齢者等身元確認QRコード活用事業登録者台帳（別紙1）に記入します。	

私は申請者として、緊急連絡先に登録する親族等に、この申請内容を伝えます。

また、登録者の情報について、市が契約した郡山市認知症高齢者等身元確認QRコード活用事業受託者へ提供することに同意します。

(申請者氏名) **郡山 がくと**



# 記載例

別紙1 (第1号様式関係)

郡山市認知症高齢者等身元確認QRコード活用事業登録者台帳

ふりがな	こおりやま うねめ			性別	男・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>
氏名	郡山 うねめ				
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇才)				
住所	〒963-8601 郡山市 朝日一丁目23番7号				
電話番号	024-924-3561				
医療・介護等 身体状況	かかりつけ医 (氏名) 中田 あづま (医療機関名) なかたクリニック				
	過去の病歴 脳梗塞				
	要支援 (1・2) 要介護 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span> ・2・3・4・5) 申請中 未申請				
	ケアマネジャー (氏名) 安積 まい あさか野居宅介護事業所 電話: 024-□□□-1234				
緊急 連絡先 (親族等)	氏名	住所	続柄	電話番号	
	郡山 がくと	郡山市朝日一丁目23番7号	子	024-924-3561	
	福島 まい	郡山市新町11番地	子	090-xxxx-■■■■■	
	郡山 太郎	郡山市光ヶ丘2-3-4	孫	090-1234-xxxx	
	郡山 花子	郡山市湖北町1234番地	姪	024-****-1234	
はいかいの状況	<input type="checkbox"/> 外出時、道に迷う等して自宅に帰ることができないことがある。				
はいかいの頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週に1~2回 <input type="checkbox"/> 月に1~2回 <input type="checkbox"/> 今のところないが、可能性がある				
備考	「はいかいの状況」「はいかいの頻度」に該当する■ がないときは、申請に至ったきっかけを記載してください。				

速やかに対応出来る方を2名以上記載してください。

該当するものに■を付けてください。