別記様式第１号（第６条、第８条関係）

個別番号：

綾町見守りシール交付事業利用申請書(新規・変更)

令和　　年　　月　　日

　綾町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  |
|  | 対象者との続柄 | (　　　　　　　　　　) |
|  | 住所 |  |
|  | 電話番号 |  |

綾町見守りシール交付事業について、次のとおり[ 新規 ・ 変更 ] 申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 綾町大字 |
| 緊急連絡先 | 第１連絡先 | 氏名 |  | フリガナ |  |
| 電話 |  | 続柄 |  |
| メール |  |
| 住所 |  |
| 第２連絡先 | 氏名 |  | フリガナ |  |
| 電話 |  | 続柄 |  |
| メール |  |
| 住所 |  |
| 第３連絡先 | 氏名 |  | フリガナ |  |
| 電話 |  | 続柄 |  |
| メール |  |
| 住所 |  |

※本事業対象者は、綾町に住所を有する方に限られます。

※申請者は、認知症高齢者等を在宅で介護する者、その家族及び介護支援専門員となります。

※緊急時に必ず連絡がとれる方、短時間で迎えに行くことが可能な方を各１名以上記入してください。

※Ｅメールは、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。

※シール交付は、対象者につき50枚セット（蓄光シール10枚、耐洗シール40枚）１回限りです。

※変更の場合は、対象者氏名、生年月日及び変更箇所のみご記入ください。

※「見守りシール交付事業に係る同意書（別記様式第2号）」を合わせてご提出ください。

|  |
| --- |
| 【対象者の要件】　※本申請と同時申請可☐「認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業事前登録申請書」を提出済みである |

別記様式第２号（第６条関係）

綾町見守りシール交付事業に係る同意書

綾町見守りシール交付事業を利用するにあたり、次の事項に同意します。

令和　　年　　月　　日

　綾町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者 | 氏名 |  |
|  | 住所 |  |

１　サービスの利用期間は、綾町が利用の決定をした日から利用の終了又は取消の日までとすること。

２　天災等の不可抗力やサービスの機能点検により、事業者の業務が中断し保護情報の提供が行えない場合があること。

３　この事業の利用により発見された対象者の保護を自己責任において行うこと。

４　サービスの利用にあたり対象者及び緊急時連絡先等の情報を、警察に綾町が提供すること。

５　サービスの利用にあたり、次の各号に該当するときは、速やかに届出をすること。

（１）対象者、緊急時連絡先の情報に変更が生じたとき。

（２）サービスの利用を終了しようとするとき。

（３）対象者が死亡したとき。

（４）対象者の要件に該当しなくなったとき。

６　上記届出を速やかに行わないときは、町長は利用の取消を行うことができること。

７　見守りシール等の維持管理は、善良な管理者として責任をもって行い、対象者以外の者への譲渡や転貸等、不正に使用しないこと。

８　見守りシール等の全部又は一部破損、又は滅失したときは、速やかに地域包括支援センターに連絡し、指示に従うこと。この場合、再交付に係る実費相当額を負担する必要があること。