

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

岩国市認知症高齢者等位置情報提供事業利用申請書

次のとおり、岩国市認知症高齢者等位置情報提供事業の利用を申請します。また、位置情報提供サービスの利用に当たり、利用状況について事業者が市に情報提供を行うことに同意します。

太枠の中の事項について、ご記入ください。

(介 護 者)	申請者 氏名 ふりがな	電話番号	
		高齢者等から見た続柄 ()	
住所			
高 齢 者 等	氏名 ふりがな		年 月 日生
	住所		
	診断名		医療機関名
			電話番号
	徘徊に関する症状 ☐ 遠隔地まで徘徊する。 ☐ 昼夜の区別なく外に出たがる。 ☐ 警察に保護されたことがある。 ☐ 行き先が不明なときがある。 ☐ その他 () ☐ 自宅が分からないときがある。 ☐ 慣れたところで迷子になる。		
	利用端末機 ☐ 携帯型 ☐ 靴型		

市記入欄

受 付	受付日 年 月 日	岩国市はいかい高齢者等 SOS ネットワーク 事業事前登録番号 No.	
	受付者	利用端末機 ☐ 携帯型 ☐ 靴型	事業者名