

高齢者外出支援事業利用登録申請書

年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者 住所

氏名 印
 対象者との続柄()
 電話番号

下記のとおり高齢者外出支援事業利用登録を申請します。

記

対象者	住所	嘉手納町 電話番号			
	氏名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	要介護状態	要支援 () 要介護 () その他 ()			
	寝たきり度	ランク A B C その他 ()			
	認知症度	ランク IIa IIb IIIa IIIb IV M その他 ()			
主たる介護者	氏名	対象者との続柄()			
	住所	電話番号			
送迎先の区分	1 通院加療又は検査目的の医療機関		2 町内の公共施設		
送迎先の名称等	名称				
	所在地				
事業を希望する理由					

※嘉手納町個人情報保護条例第10条第1項第4号に基づき、事業の対象者調査の遂行のため、私及び私の属する世帯の構成員の住民登録に関する資料及び町民税情報に関する資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧を行うことに同意します。

印