

(様式1)

松江市見守りシール給付事業利用申込書

松江市社会福祉協議会会長 様

令和 年 月 日

申請者氏名	
申請者住所	〒 -
緊急連絡先	
利用者との関係	配偶者・子・親・兄弟姉妹・孫・甥姪 その他 ( )

利用者氏名 <small>ふりがな</small>		性別	男性・女性
利用者住所	〒 -		
生年月日	年 月 日		
松江市見守りネットワーク事業登録	登録済み ・ 手続き中		
見守りシール送付先	申請者あて ・ 利用者あて ・ 左記以外 ↓ (以下に記載) 〒 -		

(ご注意)

- ① 松江市見守りシール給付事業をご利用いただくには、松江市見守りネットワーク事業に登録いただくことが必要です。
- ② 松江市見守りシール給付事業利用申込書の個人情報は、未帰宅事案発生時の迅速な対応のために、松江市及び松江警察署に提供します。この申込書の提出によって、個人情報の提供に同意していただいたものといたします。
- ③ 給付する見守りシールは、10枚です。