様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

花巻市長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

代理人　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）

花巻市見守り機能付き服薬支援装置貸与申請書

　花巻市見守り機能付き服薬支援装置貸与事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり見守り機能付き服薬支援装

置の貸与を申込みます。

申請に当たり、支援者へ連絡先となる旨了解を得ており、また、申請書に記載されている貸与対象者に関する個人

情報について関係機関に開示することを同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸与対象者 | 氏　名 |  | | | | 男　・　女 | 生年月日 | | 年　　月　　日　　歳 | | |
| 住　所 | 花巻市  電話番号　　　　　－ | | | | | | | | | |
| 現在利用している薬局 | |  | | | | | | | | |
| 貸与対象者以外  　　の世帯状況 | 氏　　名 | | | 続柄 | 生年月日 | | | 職　業 | | |  |
|  | | |  |  | | |  | | |  |
|  | | |  |  | | |  | | |  |
|  | | |  |  | | |  | | |  |
| 支援者の  連絡先１ | 氏　名 |  | | | | | | 続　柄 | |  | |
| 住　所 | 花巻市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　― | | | | | | | | | |
| 支援者の  連絡先２ | 氏　名 |  | | | | | | 続　柄 | |  | |
| 住　所 | 花巻市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　― | | | | | | | | | |
| 支援者の  連絡先３ | 氏　名 |  | | | | | | 続　柄 | |  | |
| 住　所 | 花巻市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　― | | | | | | | | | |
| 支援者の  連絡先４ | 氏　名 |  | | | | | | 続　柄 | |  | |
| 住　所 | 花巻市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　― | | | | | | | | | |
| 支援者の  連絡先５ | 氏　名 |  | | | | | | 続　柄 | |  | |
| 住　所 | 花巻市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　― | | | | | | | | | |