

あおもり医療・介護手帳 交付申請書兼同意書

(あて先)八戸市長

次のとおり、あおもり医療・介護手帳の(交付 ・ 再交付)を申請します。

交付者情報	フリガナ		年齢	生年月日	性別
	氏名			大・昭 年 月 日	男・女
	現住所	〒			
	電話番号				
	担当地域包括支援センター	高齢者支援センター()			
	認知症のかかりつけ医	病院名			
	交付勸奨機関				
	介護度	未申請 ・ 非該当 ・ 要支援(1 ・ 2) ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
ツール保管者	フリガナ		登録者との関係		
	氏名				
	住所または勤務先名等				
	電話番号				
担当ケアマネジャー	事業所名		担当者名		

私は、八戸市認知症情報連携ツール活用促進事業「あおもり医療・介護手帳」交付にあたり、本手帳に記載されている個人情報を私の医療や介護に関わる関係者が活用することに同意します。また、本手帳は、本人・家族等が責任を持って保管するとともに、紛失時の責任は保管者にあることを理解した上で、本手帳の活用に同意いたします。

なお、上記の同意について、保管者、申請書に記載した者全員に確認し、全員から同意を得ています。

申請日 : 令和 年 月 日

フリガナ
申請者氏名 :

(登録者との関係:)

住所または
勤務先名等 :

電話番号 :

交付機関

八戸市高齢福祉課
地域包括支援センター

高齢者支援センター
センター名()