酒田市認知症初期集中支援事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　令和　　年　　月　　日

　酒田市長　宛

次のとおり酒田市認知症初期集中支援推進事業の利用を申請します。

本事業を利用するにあたり、酒田市地域包括支援センター、医療機関、介護保険サービス事業所等関係機関と、利用者基本情報、要介護等認定情報、医療介護等の情報を共有することに同意します。

利用者本人

　住　所　酒田市

　　　　　　　　　　　 氏　名

　　　　　　　 ご本人の署名が難しい場合の申請者

住　所

　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）