様式第３号（第５条関係）

岩美町認知症高齢者等見守り登録事業（変更・廃止届）

年　　　月　　　日

岩美町長　様

次のとおり届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　　名 | （対象者との関係：　　　　　　　） |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| □登録内容を変更する  □登録を廃止する　→　廃止理由（ 　　）  ※該当する方に✔チェックをしてください。 | | |

※下表の太枠内は変更・廃止いずれの場合もご記入ください。

※登録内容を変更する場合、下表に変更のあった項目の内容をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 | | | 男　・　女 |
| 氏　名 | （旧姓：　　　　　） | | | 生年月日 | | | 大・昭  年　　　月　　　日  （　　　歳） |
| 住　所  電話番号 | 岩美町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　（　　　 ） | | | | | | |
| 本人の  特徴 | 身長：　　　　　　㎝ | | 体重：　　　　　　㎏ | | | 体格： やせ ・ 普通 ・ 太め | |
| 頭髪： 短髪 ・ 普通 ・ 長髪 | | | | 眼鏡： あり ・ なし | | |
| 会話：名前（　言える　・　言えない　）　住所（　言える　・　言えない　） | | | | | | |
| 公共交通機関の利用：　できる　・　できない | | | | | | |
| その他（腰が曲がっている、足を引きずっている、普段よく着る服、よく行く場所など） | | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　（　　　 ） | | | | | | |
| 主治医氏名： | | | | | | |
| 居宅介護  支援事業所 | 居宅介護支援事業所名： | | | | | | |
| 担当ケアマネージャー：　　　　　　　　　　　電話番号：　　　（　　　 ） | | | | | | |
| 連絡先 |  | 氏名： | | | | | 続柄： |
| 住所： | | | | | 電話：　　　（　　　 ） |
| 携帯：　　　（　　　 ） |
|  | 氏名： | | | | | 続柄： |
| 住所： | | | | | 電話：　　　（　　　 ） |
| 携帯：　　　（　　　 ） |