様式第１号（第４条関係）

岩美町認知症高齢者等見守り登録事業申請書

年 　　月 　　日

岩美町長　様

次のとおり、岩美町認知症高齢者等見守り登録事業に申請します。

なお、この申請書記載の情報は、この事業の実施に必要な範囲で町が鳥取警察署その他の協力関係機関に情報提供することに同意します。

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

（対象者との続柄：　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：　　　（　　　 ） |

※本人の最近撮影された写真を添付してください。

※対象者の情報に変更があった場合は、地域包括支援センターへご連絡ください。

|  |
| --- |
| 登録写真（撮影日　　　年　　　月）  　※顔写真と全身写真の２枚が望ましいですが、上半身が写っているものでも問題ありません。  最近撮影したものを貼ってください。 |