

名取市認知症ひとり歩き高齢者「無事かえる」事業登録申請書

令和 年 月 日

名取市長 あて

下記のとおり、名取市認知症ひとり歩き高齢者「無事かえる」事業の登録を申請します。

【申請者】

住所

氏名 (※) (対象者との続柄)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話 ( )

| 【対象者】  |   |  | 写真<br><br><br>*サイズは、おおよそ<br>縦45mm×横35mm |
|--|---|--|---|
| 氏名   | ふりがな <span style="float: right;">ふりがな</span><br><br>旧姓: | 男・女  |   |
| 住所   | 〒 -<br><br>電話: - -                                      |  |   |
| 生年月日   | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 ( 歳)                                  | 撮影月日: 年 月 頃                                |   |
| 【身体的特徴】<br>身長: 約 cm<br>体重: 約 kg<br>体型: 太め・普通・やせ気味                        |   | 【その他の特徴】(なじみの場所・持ち歩くもの・愛称など)               |   |
| 【かかりつけ医】 有・無<br>病院名:<br>電話: - -  |   | 【はいかい歴】 有・無<br>範囲: 市内( )・市外( )<br>保護された場所: |   |
| 【介護認定】 有・無(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)<br>居宅介護支援事業所名: 電話: ( )<br>担当ケアマネージャー名: |   |  |   |
| 【その他特記事項】(保護時に注意してほしいこと・対応に注意してほしいことなど)                                  |   |  |   |
| 【緊急連絡先】  |   |  |   |
| 連絡先1   | 氏名  | ふりがな                                       | 性別: 男・女<br>対象者との続柄:                     |
|  | 住所  |  | 電話 自宅等:<br>携帯:                          |
| 連絡先2   | 氏名  | ふりがな                                       | 性別: 男・女<br>対象者との続柄:                     |
|  | 住所  |  | 電話 自宅等:<br>携帯:                          |

【情報提供に係る同意】

上記の情報を、関係機関(岩沼警察署・地域包括支援センター)に提供することに同意します。

同意者(申請者) (※) (対象者との続柄)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

\*市処理欄(記入しないでください)

|        |  |
|--------|--|
| 宛名番号   |  |
| 被保険者番号 |  |

