様式第１号

管理番号

裾野市徘徊高齢者等見守りネットワーク事業利用申請書

　　　年　　　月　　　日

裾野市長　様

申請者氏名：　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 対象者との続柄：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 申請者住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者電話番号：

徘徊高齢者等見守りネットワーク事業の利用登録をしたいので、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性　別 |
| 氏　　名 |  | | | 男 ・ 女 |
| 住　　所 |  | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　歳） | | | |
| 自宅電話 |  | 携帯電話 |  | |
| 身　　長 | ｃｍ | 体　　重 | ｋｇ | |
| 体　　格 | 太め・ふつう・やせ形 | 髪　　型 | 長髪・短髪・白髪・薄い・（　　　　） | |
| 撮影年月日　　　年　　月　　日 | | 撮影年月日　　　年　　月　　日 | | |
| 顔貌が良く見えるもの | | 全身が見えるもの | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 特　　徴 | ○メガネ　 　　有 ・ 無  ○杖　　　 　　有 ・ 無  ○歩行　　速い・ゆっくり・ 足をひきずる  ○所持品　（　　　　　　　　　　　　） | | 登録者が良く理解する名前、反応する事柄等を記入 | |
| 徘徊歴等 | 過去の徘徊歴を記入 | | | |
| よく行く場所 | 登録者が良く行く場所を記入　※地図等がある場合は別に添付 | | | |
| その他 | その他特記事項を記入 | | | |
| かかりつけ医 | 病院名：　　　　　　　　　　　　　主治医：  電　話： | | | |
| 要介護情報 | 介護認定：  認 知 症：　有　・　無 | 担当  ケアマネ | | 事業所：  氏　名：  電　話： |
| 身元引受人① | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　） | | | 電話番号①：  電話番号②： |
| 身元引受人② | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　） | | | 電話番号①：  電話番号②： |

登録申請書の情報を裾野警察署、富士山南東消防組合へ提供することに同意します。

申請者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

登録者が行方不明になった場合には、裾野市地域包括支援センター、裾野市北部地域包括支援センター、裾野市民生委員・児童委員協議会、裾野市社会福祉協議会へ提供することについて同意します。

申請者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印