

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】

氏名	ふりがな 旧姓:	男・女	写真 *サイズは、おおそ 縦45mm×横35mm 撮影月日: 年 月頃
住所	〒 — 電話: — —		
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)		
【身体的特徴】 身長: 約 cm 体重: 約 kg 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 病院名: 電 話: — —		【行方不明になったこと】 有・無 範囲: 市内()・市外() 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) 居宅介護支援事業所名: 電話: () 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 対象者との続柄:
	住所		電 話 自宅等: 携 帯:
連絡先2	氏名	ふりがな	性別: 男・女 対象者との続柄:
	住所		電 話 自宅等: 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	