

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  *サイズは、おおよそ 縦45mm×横35mm
氏名	ふりがな <span style="float: right;">ふりがな</span>  旧姓:	男・女	
住所	〒 -  電話: - -		
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	撮影月日: 年 月 頃	
【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: - -		【はいかい歴】 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	