

射水市認知症高齢者等みまもりあい事業利用登録申請書

年 月 日

射水市長

申請者	住所
(送付先)	氏名
	利用者との続柄()
	電話番号

警察署、消防署及びケアマネジャー等の関係する者に情報提供を行うことに同意のうえ、射水市認知症高齢者等みまもりあい事業の利用登録をしたいので申請します。

利用者情報

ふりがな			生年月日 年齢	年 月 日 (満 歳)
氏名	男・女			
呼び名				
住所	〒 - - 射水市		TEL	- -
特 徴	身長	cm位		写真(年 月頃撮影) 写真貼付欄 写真は必ず添付してください。
	体重	kg位		
	頭髮	(黒髪 ・ 白髪)		
	体型	(痩せ ・ 中肉中背 ・ 太り気味)		
	めがね	(有 ・ 無)		
	杖	(有 ・ 無)		
	意思表示	名前:(言える・言えない時がある・言えない) 住所:(言える・言えない時がある・言えない)		
過去の徘徊	有 (年 ・ 月 ・ 週 に ____回くらい) ・ 無			
行動特徴等	その他、徘徊しやすい場所、時間帯等を記入してください。			
世帯構成	高齢者世帯 ・ 子と同居 ・ その他 ()			
要介護度	要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 要支援(1 ・ 2) ・ 事業対象 ・ 申請中 ・ 未申請			
介護支援 専門員	氏名		所属	
緊急連絡先 (続柄:)	氏名			私は緊急連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署及びケアマネジャー等の関係する者に提供することに同意します。
	住所			
	電話番号			
緊急連絡先 (続柄:)	氏名			私は緊急連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署及びケアマネジャー等の関係する者に提供することに同意します。
	住所			
	電話番号			

市役所処理欄

決定日		緊急連絡転送ID	
-----	--	----------	--

利用申請書の記載内容に変更が生じた場合は、別途変更申請書を提出してください。