

村上市認知症高齢者見守り事業登録・利用申請書

年 月 日

(あて先) 村上市長

申請者 住所

氏名

対象者との続柄 ()

電話番号

村上市認知症高齢者見守り事業を利用したいので、登録を申請します。

(※太枠内のみ記入ください)

対象者	(フリガナ) 氏名	(旧姓)	男・女	住所	村上市	
	生年月日	大・昭 年 月 日	電話番号	0254-()-()		
	介護保険	介護保険認定 あり (介護度)・なし・不明 担当ケアマネジャーの事業所 () 氏名 ()				
	身体的 特徴	身長	cm	体型	やせ 普通 太め	
		その他特徴				
	はいかい歴 (頻度・範囲)					
	会話	名前が (言える・言えない) 住所が (言える・言えない)				
	同居家族の 有無	あり (人数 人、続柄別構成) なし				
持病・保護時注 意してほしい事						
緊急連絡先	優先 順位	氏名	続 柄	同居 別居	住所・電話番号	勤務先事業所名・ 所在地・電話番号
	1			同居 別居	電話() 携帯()	
	2			同居 別居	電話() 携帯()	
<p><情報共有に係る同意> 上記記載事項について、市及び村上警察署で管理保管すること、その他必要時に協力機関に 情報提供し、相互に情報共有することについて同意いたします。 年 月 日 申請者署名 _____</p>						
【市 処理 欄】	登録番号 []					
	利用終了年月日:平成 年 月 日 終了理由[]					

(別紙)

登録者名：

	<p>ここに胸より上の写真を貼ってください。</p> <p>撮影日： 年 月頃</p>
	<p>ここに全身写真を貼ってください。</p> <p>撮影日： 年 月頃</p>

※写真は、胸から上のもの1枚、全身のもの1枚を必ず貼ってください。

※できる限り、最近撮影したものを貼ってください。