様式第１号（第５条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

清水町徘徊高齢者等見守り事業利用申請書

　　年　　月　　日

清水町長　様

　住　所

申請者　氏　名　　　　　　　　　　㊞

　　　　連絡先

　　　　対象者との続柄（　　　）

　清水町徘徊高齢者等見守り事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

１　対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | 旧姓 |  |

２　対象者の登録情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体の特徴 | 身　長 | |  | 体　型 | やせ型・中　肉・太り気味 | |
| 頭　髪 | | 短髪・長髪　　色（黒・白・茶・その他　　　） | | | |
| その他 | |  | | | |
| 装用品・持ち物 | 眼　鏡 | | なし・あり（色：　　特徴：　　　　　　　　） | | | |
| その他 | |  | | | |
| 名　前 | 言える・言えない | | | 住　所 | | 言える・言えない |
| 行動の特徴等 | 過 去 の  徘 徊 歴 | |  | | | |
| 行きそうな場所 | |  | | | |
| 外見や行動の特徴 | |  | | | |
| 保護時の注意事項 | |  | | | |
| そ の 他 | |  | | | |
| かかりつけ医 | | 医療機関名：　　　　　　　医師の氏名： | | | | |
| 担当ケアマネジャー | | 事業所名：　　　　　　　　担当者氏名： | | | | |
| 緊急連絡先  （申請者以外） | | 氏　　名：  住　　所：  電話番号： | | | | |
| （写真添付欄）  ※　写真は、直近１年以内に撮影したもので、顔がわかるもの（正面・無帽）及び全身が写っているものを１枚ずつ添付すること。 | | | | | | |

同意書

|  |
| --- |
| 清水町徘徊高齢者等見守り事業を利用するに当たり、以下の事項に同意します。  １　登録した情報を、管轄の警察署、消防署及び地域包括支援センター等に提供すること。  ２　行方不明の際に、登録した情報を清水町以外の行政機関に提供すること。  ３　対象者が清水町に住所を有することを確認するために住民基本台帳を閲覧すること。  　　年　　月　　日  対象者氏名  申請者氏名　　　　　　　　　　㊞  対象者との続柄（　　　　） |