

(表)

様式第1号 (第3条関係)

登録No.	平 川			
受付日	年 月 日			

年 月 日

平川市認知症高齢者徘徊見守りカード登録届

平川市長 様

次のとおり登録の申請するとともに、下記の3点について同意します。

1. 登録にあたり平川市及び所管警察署がこの登録情報について共有すること。
2. 行方不明等によりこの登録情報が必要となったときは、協力団体に情報提供を行うこと及び必要に応じて関係機関とケアマネジャーや医療機関、民生委員・児童委員が連絡調整すること。
3. 登録と同時に「平川市認知症あんしん保険」へ加入し、必要に応じて登録情報を平川市が契約する保険会社へ提供すること。

申請者(養護者)
氏名

(続柄:)

本人の状況	フリガナ				写 真
	氏名	(旧姓:)		男・女	
	生年月日	明・大・昭	年	月	
	住所	平川市 電話: ()			
	特 徴	身長:	cm	姿勢:	()
		体重:	kg	体格:	太め・普通・やせ気味
		頭髮:	()	眼鏡:	有・無
		特記事項			
		※出身地			
		※前住所			
※職業					
※行きつけの場所					
※持ち歩く物など					
注意事項	※保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいことなど				
介護サービス等の利用	有・無	担当ケアマネジャー ()			
		事業所名 ()			
		電話番号 ()			

(裏)

	かかりつけの病院	有・無		
	疾患名			
	徘徊歴	有・無	発見場所	
連絡先 1	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所または勤務先名等			
	電話番号 (携帯番号)			
連絡先 2	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所または勤務先名等			
	電話番号 (携帯番号)			

1. 本人の特徴が分かる写真を必ず提出してください。
2. 届出事項に変更が生じた場合(寝たきり・転居・死亡など)はご連絡ください。