

山辺町徘徊高齢者支援事業登録（変更）申請書

年 月 日

山辺町長 殿

申請者

住 所

氏 名

（登録者との続柄： ）

- 山辺町徘徊高齢者支援事業（変更）登録を申請します。
- 山辺町長が山形警察署に対して登録者情報を提示することに同意します。
- 山辺町長が登録者の早期発見のために必要と認めたときは搜索支援者等に対し家族等の同意のもと登録者情報を提供することに同意します。

登 録 者 の 状 況	フリガナ		性 別	男 ・ 女	
	氏 名	(旧姓： 実家： )	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	
	住 所	山辺町 地区名 ( )	電話番号	—	
	世帯構成	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	特 徴	身長	cm	聴力	難聴 ・ やや難聴 ・ 正常
		体重	kg	体格	太め ・ 普通 ・ やせ型
		頭髪		姿勢	眼鏡 有 ・ 無
		その他の特徴			
	主な外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 (車体番号 )			
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中			
介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり (居宅介護支援事業所 ) 担当ケアマネ ( ) 電話番号 ( )				
保護時の注意事項					
よく行く外出先		搜索歴 ( 年 月 日)			
かかりつけ 医療機関			主 治 医		
			電話番号		
緊 急 連 絡 先	1 番 目	氏 名		続柄	
		住 所			
		電話番号		携帯電話	
	2 番 目	氏 名		続柄	
		住 所			
		電話番号		携帯電話	
※登録者の写真（正面の顔写真と全身の2種類）を訪問時に撮影させていただきます。 登録された情報は、行方不明者の搜索以外の目的には使用しません。				担当地区民生委員への情報提供同意 <b>する</b>	