

別記
様式第1号（第4条関係）

米子市認知症高齢者等事前登録申込書

米子市長 様

米子市認知症高齢者等事前登録制度による登録を受けたいので、次のとおり申し込みます。
なお、この申込みに当たり、この申込書の写しを米子警察署長に送付されることに同意します。

申込日 年 月 日

申込者氏名		本人との続柄	
住所			
連絡先			

【登録者情報】 登録No. _____ (GPS 有・無、反射シール 有・無)

ふりがな				上半身正面の写真 を貼ってください。 【写真撮影日 年 月頃】
氏名	旧姓（ ）		男女	
生年月日	年 月 日	年齢	歳	
住所	米子市			
電話番号				
世帯区分	<input type="checkbox"/> 一人世帯 <input type="checkbox"/> 二人以上世帯 <input type="checkbox"/> 施設入所			
要件	<input type="checkbox"/> 認知症である（65歳以上の方） <input type="checkbox"/> 若年性認知症である <input type="checkbox"/> 精神障がい又は知的障がいがある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
病名・症状				
よく行く場所				
本人の状況	身長： cm	体重： kg		
	体型：太め・普通・やせ気味	眼鏡： 有・無		
	自分の名前を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 時々言える	<input type="checkbox"/> 言えない
	自分の住所を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> 時々言える	<input type="checkbox"/> 言えない
	家に帰れなくなったことが	<input type="checkbox"/> ある（ 回）	<input type="checkbox"/> ない	
	その他（歩行状態、持ち歩くもの等）			
特記事項	対応に注意してほしいこと、保護時に注意してほしいこと等			

裏面もご記入ください。

事業所情報		居宅介護支援事業所又は相談支援事業所の名称: 担当ケアマネジャー又は相談支援専門員の氏名: 電話番号:		
緊急連絡先①		氏名 : (続柄 :)	電話番号 (日中) (夜間)	
緊急連絡先②		氏名 : (続柄 :)	電話番号 (日中) (夜間)	
本人の実家	住 所		車両情報	番 号
				車 種
				色

(情報提供に係る同意欄)

本人が行方不明となった場合に、この申込書に記載された情報を、地域包括支援センター、障がい福祉サービス事業所、社会福祉協議会、自治会、民生委員その他 の関係機関に提供されることに同意します。

同意者 申込者 (印)

本 人 (印)

(本人の同意が困難な場合:本人の同席 有 無)

※同意者が署名された場合は、押印を省略することができます。

全身の写真を貼ってください。