

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)

本人の状況	ふりがな				男 女	上半身正面の写真 を貼ってください。
	氏名	旧姓（ ）				
	生年月日	年 月 日	年齢	歳		
	住所	米子市				
	電話番号				【写真撮影日 年 月 頃】	
	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					
	特徴	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。