

米子市認知症高齢者等事前登録変更届出書（取消申出書）

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につきまして、次のとおり届け出ます（申し出ます）。

届出（申出）日		年	月	日
届出者（申出者）氏名			本人との続柄	
住所				
連絡先				
<input type="checkbox"/> 登録情報に変更が生じた。 <input type="checkbox"/> 登録の取消しを受けたい。→理由（ ）				

登録情報に変更が生じた場合は、次の表の変更された項目をご記入ください。

太枠内は、変更・取消しのいずれの場合もご記入ください。

		【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	上半身正面の写真		
	氏名	旧姓（ ）			女			
	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							
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			