

小千谷市認知症見守り事業登録申請書

小千谷市福祉課 あて

年 月 日

申請者 住所
氏名
対象者との続柄 ()

小千谷市認知症見守り事業を利用したいので、登録を申請します。

対象者	(フリガナ) 氏名	男・女	住所	小千谷市
	生年月日	年 月 日	電話番号	() -
	介護認定	なし 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
	身体的特徴	身長 cm	体型 (やせ 普通 太め)	
	その他の特徴	髪型など		
	会話	氏名が (言える ・ 言えることもある ・ 言えない)		
		住所が (言える ・ 言えることもある ・ 言えない)		
		よく行く場所や行動範囲など		
	持病や保護時の注意事項			
緊急連絡先	優先順位 1	氏名(フリガナ)	続柄	同居 住所 電話番号 (自宅)
				別居 電話番号 (携帯)
	優先順位 2	氏名(フリガナ)	続柄	同居 住所 電話番号 (自宅)
				別居 電話番号 (携帯)
担当ケアマネジャー (いる場合)	事業所名： 電話番号：		氏名：	
<p><情報共有に係る同意></p> <p>上記記載事項について、小千谷市、地域包括支援センター及び小千谷警察署において管理保管すること、その他必要時に協力機関に情報提供し、相互に情報共有することについて同意いたします。</p> <p>年 月 日 申請者署名 _____</p>				

※下記は記入不要

市 記 入 欄	受付番号()	見守りステッカー交付 有 ・ 無
		登録ナンバー <u>おぢやし 小千谷市</u>

※写真添付（上半身／全身）