様式第２号（第４条関係）

阿久比町高齢者おかえりサポート事業登録票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | 記入日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 対象者（登録者）の状況等 | ふりがな  氏　名 |  | | 名前以外の呼び名 | | | | |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　歳） | | | | | | 性　別 | | 男 ・ 女 |
| 身体的  特徴 | 身長：　　　ｃｍ　　　体重：　　　ｋｇ  体型：　肥満　太り気味　ふつう　やせ型  髪型・髪色：  メガネ：　かけている　　かけていない  常に使用している（身につけているもの）など：  （例）帽子、ポーチ、杖、シルバーカーなど  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  普段の行動範囲：  （例）自宅から△△ｍの○○公園まで散歩している。□□スーパーによく行く。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他の特徴  （例）ほくろ、姿勢、よく出かけた場所など  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 認知症状等の状況 | 認知症の有無：　有（診断名：　　　　　　　）　　　疑い　　　　無  要介護認定の有無：　認定済（介護度：　　　　）　無  今までの行方不明の経験：　有　　　無  障がい等の有無：　有（　　　　　）　　　無  本人が言える項目：　氏名　　生年月日　　住所  その他の特徴  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 申請者 | ふりがな  氏　名 |  | | | | | | | | |
| 緊急時連絡先 | 第１  連絡先 | ふりがな  氏名 |  | | 続柄 | |  | | | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅：  携帯：  その他（職場など）： | | | | | | | |
| 第２  連絡先 | ふりがな  氏名 |  | | 続柄 | |  | | | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅：  携帯：  その他（職場など）： | | | | | | | |

（裏面に続く）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者（登録者）の写真 | 上半身 | 胸より上の写真を貼ってください。  撮影日：　　　　年　　　月頃 |
| 全身 | 全身写真を貼ってください。  撮影日：　　　　年　　　月頃 |
| 私は、阿久比町高齢者おかえりサポート事業への登録にあたり、この個人情報を、対象者（登録者）の早期発見及び事故を未然に防止するために必要と認められる関係機関に、情報提供することに同意します。  対象者（登録者）氏名 | | |

※　内容に変更、変化が生じた場合は必ず連絡ください。

※　登録票は阿久比町高齢者おかえりサポート事業以外の目的に使用することはありません。