長岡市認知症高齢者等見守りシール利用届出書

　　　　年　　月　　日

長　岡　市　長　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

「見守りシール」の利用について、対象者本人の承諾のもと、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 男・女 |
| 氏　　名 | （旧姓） |
| 住　　所 | 居住地長岡市 |
| 実家（※居住地と異なる場合に記入） |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 身体的特徴※裏面に写真を張り付けてください。 | 身長 | ㎝ | 体型　 | やせ・普通・小太り　 |
| その他特徴 |
| 認知症の状態 | 診　断 | あり ・ なし　 | 名前が（ 言える ・ 言えない ） |
| 行方不明になることが（ ある ・ ない ）　頻度・範囲（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同居家族 | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　なし |
| 緊急時連絡先 | 優先順位 | 電話番号 |
| １ | 氏名 | 続柄（　　　　） | 自宅携帯 |
| 住所 |  |
| 　２ | 氏名 | 続柄（　　　　） | 自宅携帯 |
| 住所 |  |
| 下記のチェック欄にチェックをしてください。□　「見守りシール」の利用について、十分に対象者本人に説明をしました。□　上記記載事項について、関係機関（長岡市、警察署、地域包括支援センター等）で情報共有することについて同意します。 |

写真（任意）

上半身を写したもの

|  |
| --- |
| （サイズは任意） |

全身を写したもの

（サイズは任意）

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号　【　　　　】 | 担当地域包括支援センター　【　　　　　　　　　】 |