

# 記入例

様式第1号（第4条第1項関係）

草津市認知症高齢者等見守りネットワーク事前登録申請書

令和〇年〇月〇日

草津市長 宛

(申請者) 住所 草津市草津〇丁目△番□号

氏名 草津 花子

申請者は本人または親族等

登録対象者との続柄 ( 妻 )

連絡先 TEL 077-123-4567

次のとおり事前登録を申請いたします。

## ◆登録対象者の状況◆

### 登録する対象者を記入

ふりがな	くさつ たろう		男	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
氏名	草津 太郎	(旧姓)	女		( 〇〇 歳)	
住所	草津市 草津〇丁目△番□号			電話	077-123-4567	
世帯構成	1. ひとり暮らし 2. 高齢者世帯 3. 子との同居 4. その他 ( )					
特徴	身長	170 cm		体重	60 kg	
	体格	痩せぎみ		ふつう	太りぎみ	
	頭髮	白髪、短髪 など		眼鏡	なし・あり ( 縁なし眼鏡 )	
	歩き方	歩行器・杖の使用 なし・あり		移動手段	徒歩・自転車 車 (ナンバー )	
		・黒色の杖 ・左足を引きずって歩く など		交通機関	(バス、タクシー、電車等) 使える・使えない	
名前	言える・言えない		住所	言える・言えない		
※特記事項 (出身地・よく行く場所・持ち歩くもの、保護時に注意して欲しいことなど)						
・〇〇県△△市出身 ・□□スーパーに買物、△△公園に散歩によく行く (肩掛けカバンを持ち歩く) ・少し怒りっぽい など						
過去の 所在不明歴	なし・あり (いつ: 〇月〇日 発見場所: △△公園で警察に保護された。)					
ケアマネ ジャー	事業所名: □□居宅介護支援事業所 TEL: 077-234-5678			担当: □□ケアマネ		
かかりつけ 医療機関	医療機関名: △△病院 TEL: 077-345-6789			医師: △△医師		
御希望の キーホルダー とシール	病名等 アルツハイマー型認知症					
	Aパターン・Bパターン					

裏面のイラストを  
ご確認ください。

◆緊急時の連絡先◆

連絡先 1	氏名 <b>草津 花子</b> (続柄: <b>妻</b> )	TEL <b>090-123-4567</b>
	住所 <b>草津市草津〇丁目△番□号</b>	
連絡先 2	氏名 <b>草津 次郎</b> (続柄: <b>子</b> )	TEL <b>090-234-5678</b>
	住所 <b>草津市南草津〇丁目△番□号</b>	
連絡先 3	氏名 <b>草津 三郎</b> (続柄: <b>子</b> )	TEL <b>090-345-6789</b>
	住所 <b>△△市□□町〇番地</b>	

◆外部への情報提供について◆

情報提供を希望されるものに○をしてください。↓

登録情報の 事前の 情報提供	・草津警察署への情報提供 (必須)	○
	・担当地域包括支援センターおよびケアマネジャーへの情報提供 (必須)	○
	・担当民生委員への情報提供 (任意)	○
行方不明時の 公開搜索の 意向	・他市への情報公開 (任意)	○
	・市ホームページ、フェイスブック等への掲載 (任意)	○
	・市メール配信サービス (すぐメール) での情報公開 (任意)	○
	・FMくさつ、防災無線での情報公開 (任意)	○
	・市内介護サービス事業所、救急指定病院への情報提供 (任意)	○
	・民間協力事業所 (バス、タクシー、コンビニ等) への情報提供 (任意)	○
	・消防団への搜索協力要請 (任意)	○

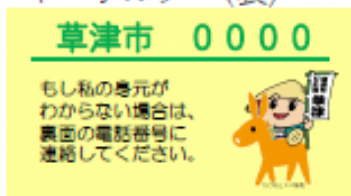
上記のとおり市および協力機関等に情報提供することについて、同意します。

登録対象者の署名

(登録対象者) **草津 太郎**

Aパターン(文言あり)

キーホルダー(表)



キーホルダー(裏)

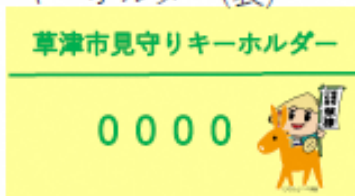


シール



Bパターン(文言なし)

キーホルダー(表)



キーホルダー(裏)



シール

