様式第３号（第５条関係）

鳥取市認知症高齢者等安心見守り登録事業（変更・廃止届）

年　　月　　日

鳥取市長　様

次のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏　　名 | （対象者との関係：　　　　　　　） |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| □登録内容を変更する  □登録を廃止する　→　廃止理由（ ）)  ※該当する方に✔チェックをしてください。 | | |

※下表の太枠内は廃止・変更いずれの場合もご記入ください。

※登録内容を変更する場合、下表に変更のあった項目の内容もご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【見守り対象者情報】 | | | | 登録番号 | | |  |  |  |  |
| ふりがな | |  | | | 性　別 | | 男　・　女 | | | | |
| 氏　名 | |  | | | 生年月日 | | 大・昭  年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | |
| 住　所  電話番号 | | 鳥取市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　（　　　） | | | | | | | | | |
| 本人の  特徴 | | 身長： | | 姿勢： | | | | | | | |
| 体重： | | 体格：　　太め　・ふつう　・やせている | | | | | | | |
| 頭髪： | 眼鏡：　あり・なし | | | | | ひげ：　あり・なし | | | |
| よく行く場所： | | | | | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　（　　　） | | | | | | | | | |
| 主治医氏名： | | | | | | | | | |
| 病　名 | |  | | | | | | | | | |
| 介護保険 | | 介護認定：　無・有　（認定区分　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ケアマネ事業所　　　　　　　担当者氏名　　　　　　　℡　　　（　　） | | | | | | | | | |
| 連絡先① | | 氏名： | | | | 続柄： | | | | | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | | | | | |
| 連絡先② | | 氏名： | | | | 続柄： | | | | | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | | | | | |
| 連絡先③ | | 氏名： | | | | 続柄： | | | | | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | | | | | |