様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | 鳥取市 |  |  |  |

鳥取市認知症高齢者等安心見守り登録事業申請書

年 　　月 　　日

鳥取市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　（対象者との関係：　　　　　　　　）

鳥取市認知症高齢者等安心見守り登録事業実施要綱第４条の規定に基づき、次のとおり見守り対象者情報の登録を申請します。

記

【個人情報の取扱いに関する同意欄】

この申請書記載の情報を、市が住民基本台帳情報で確認し、併せてこの事業の実施に必要な範囲で市が所轄警察署その他の関係支援機関に情報提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者又は対象者氏名 | ㊞ |

（自書の場合は押印不要）

【見守り対象者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | | | | ℡　　　 （　　 ） | | |
| ② | 氏名： | | | | 続柄： | | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | | |
| ③ | 氏名： | | | | 続柄： | | |
| 住所： | | | | ℡　　　 （　　 ） | | |

※対象者の情報に変更があった場合は速やかに地域包括支援センターへご連絡ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | 鳥取市 |  |  |  |

別記

|  |  |
| --- | --- |
| 様の具体的な状況 | |
| ●現在利用しているサービス |  |
| ●最近のエピソード |  |
| ●よく行く場所、よく通る道  実家、旧姓など |  |
| ●仲の良い友達・知人、好きなこと |  |
| ●支援がお願いできる（している）ご近所の人等 |  |
| ●見守りを依頼したい事業所  　（２か所程度） |  |
| ●その他　歩行状態、普段の所持金、公共交通機関やタクシーの利用の有無等 |  |

登録写真（撮影日　　年　　月）

※顔写真と全身写真の２枚が望ましいですが、上半身が写っているものでも問題ありません。

最近撮影したものを貼ってください。