

岩出市見守り愛ネットワーク事業事前登録申請書

岩出市長 様

下記のとおり、岩出市見守り愛ネットワーク事業事前登録を申請します。

○登録者の情報

申請日： 年 月 日

ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日	
氏名						年 月 日	
住所	岩出市				連絡先		
世帯構成	ひとり暮らし・高齢者のみ世帯・子と同居・その他（ ）						
特徴	身長	cm	体重	kg	髪型		面形
	体型	肥・小肥・中肉・やせ		姿勢		顔色	白・青白・普通・浅黒・赤
	視力	普通・弱視・全盲 眼鏡（有・無）			聴力	普通・やや難・難 補聴器（有・無）	
	会話	○名前が（言える・言えない）			○住所が（言える・言えない）		
	通常時交通手段	自動車・自転車・タクシー・徒歩・その他（ ）					
かかりつけ医	病院名：		主治医：				
	病歴：						
介護保険	介護度：（要支援1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・未申請・申請中 担当ケアマネジャー： 所属： TEL：						
その他	*保護時注意事項、出身地、なまり、あだ名や旧姓、よく行く場所、持ち歩く物等						

○情報共有に係る同意

上記の情報を、岩出市見守り愛ネットワーク事業に事前登録すること、及びこの個人情報について市及び岩出警察署で管理保管すること、その他必要時に協力機関等に提供し、相互に情報共有することについて同意いたします。

年 月 日

登録者氏名： _____

申請者等氏名： _____（登録者との続柄： _____）

申請者等住所： _____

申請者等連絡先： _____

○本人の特徴がわかる写真（正面・横顔）を添付してください（できる限り直近のもの）