様式第1号

年　　　月　　　日

舟橋村認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業登録申請書

　舟橋村長　様

　上市警察署長　様

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　　(対象者との関係　　　)

電話番号

　舟橋村認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男・女 | 年　　月　　日生 | | | |
| 対象者氏名 |  | |
| 住所 | 〒  舟橋村 | | | 電話 | | (　　　　)  ― | |
| 対象者の特徴 | 身長 | cm位 | 体重 | kg位 | | | |
| めがね | 有・無 | 名前 | 言える・言えない | | | |
| ひげ |  | 体型 | 痩せ型・中肉中背・太り気味 | | | |
| 髪型 |  | 杖の利用 | 有・無 | | | |
| 歩き方 |  | その他特記事項 | 持ち物、服装など | | | |
| 話し方 |  |
| 要介護度 | 要支援・要介護(　　) | | 認知症 | | 有・無 | |
| 注意事項 | | ・保護時にしてほしいこと・対応に注意してほしいことなど | | | | | |
| 徘徊歴・発見場所 | |  | | | | | |
| 緊急連絡先① | 氏名 |  | | | | 続柄 |  |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話 | (　　　　)　　　　　　― | | | | | |
| 緊急連絡先② | 氏名 |  | | | | 続柄 |  |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話 | (　　　　)　　　　　　― | | | | | |
| 担当居宅介護支援事業所 | | 名称 | | 電話 | (　　)　　　― | | |
| 担当介護支援専門員氏名 | | | | | |
| 主治医 | | 氏名 | | | | | |
| 電話 | | | | | |
| 担当民生児童委員 | | 氏名 | | | | | |
| 電話 | | | | | |

　※　本人の特徴が分かる写真を必ず提出してください。

　※　届出事項に変更が生じた場合(寝たきり・転居・死亡など)はご連絡ください。

　※　上記情報は徘徊SOSネットワーク以外の目的に使用することはありません。

　※　徘徊発生時には、関係・協力機関へ情報提供を行うことをあらかじめご了承ください。