

様式第2号（第8条関係）

利府町はいかい高齢者等SOSネットワークシステム登録申請書

年 月 日

利府町長 熊 谷 大 殿

申請者 住 所  
氏 名 印  
続 柄 ( )  
電話番号

利府町はいかい高齢者等SOSネットワークシステム実施要綱第8条の規定により、システム利用に関する登録をしたいので、必要書類を添付の上、下記のとおり申請します。

記

1 対象者の状況

ふりがな 氏 名	(旧姓： ) 男・女	
住 所		
生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳)	
電 話 番 号	( )	
介 護 度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
担当介護支 援専門員(ケ アマネジャー)等	事業所名：	担当者名：
	連絡先：	
身体的特徴 等	身長： c m	眼鏡： 有・無
	体重： k g	
	頭髪：長髪・短髪・丸刈・パーマ 黒髪・白髪・その他 ( )	
	体型：太っている・中肉・痩せている	顔型：丸・卵・面長 ( )
	会話： できる・できない / 氏名を言える・言えない 住所を言える・言えない / 生年月日を言える・言えない	
その他の特徴（歩き方、話し方、行きつけの場所、持ち歩く物、癖など）		
過去のはい か い 歴 発 見 場 所	①発生日： 年 月 日 / 発見場所： 発生状況：	
	②発生日： 年 月 日 / 発見場所： 発生状況：	

2 緊急連絡先及び家族の状況（緊急連絡先にならない家族についても記載すること。）

順位	氏名	生年月日	年齢	続柄	職業	居住地	電話番号

3 対象者の主治医、持病等

かかりつけ医療機関名		電話	
主治医氏名		F A X	
病名	①	②	③

4 検索の依頼内容（希望するものにチェックすること。）

<input type="checkbox"/>	F A Xによる協力機関への情報提供	<input type="checkbox"/>	メール配信サービスによる協力機関への情報提供
<input type="checkbox"/>	防災行政無線による情報提供	<input type="checkbox"/>	メール配信サービスによる各種団体・個人への情報提供
<input type="checkbox"/>	貼り紙などによる情報提供	<input type="checkbox"/>	その他（ ）

5 情報提供に係る同意について

上記の情報を、検索活動の際に協力機関に提供することに同意します。

年 月 日

同意者 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

6 添付書類

対象者の全身及び顔写真 各1枚（大きさ横5 cm×縦7 cm程度）

※写真はできるかぎり申請時直前に撮影したものとし、クリップ止めすること。