

(表)
高齢者見守りネットワーク事前登録(変更・抹消)届

年 月 日

横芝光町長 様

届出者 住 所 :

氏 名 : ⑩

続 柄 :

連絡先 :

徘徊のおそれがあるため、次のとおり事前登録(変更・抹消)の届け出をいたします。
 なお、本人が行方不明等になったときは、見守り協力事業者等に情報提供することに同意します。

本人の状況	フリガナ		性別		家族構成図(主介護者等)	
	氏 名		男 ・ 女			
	生 年 月 日		年 月 日 (歳)			
	住 所				電話	
	介護支援専門員	事業所名: (担当:)			電話	
	かかりつけ医療機関	医療機関名: (担当医: 先生)			電話	
	病 名 等					
	徘徊歴 発見場所					
	特 徴	身長	cm	姿勢		
		体重	kg	体格	太っている ・ 普通 ・ 痩せている	
		頭髪		眼鏡	有 ・ 無	
		特記事項: 出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩く物等				
	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等				
	連絡先1	フリガナ 氏名		続柄		電話
	連絡先2	フリガナ 氏名		続柄		電話
連絡先3	フリガナ 氏名		続柄		電話	

- 1 本人の特徴が分かる写真等を裏面に貼付してください。
- 2 事前登録届は、高齢者見守りネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。
- 3 届出事項の内容に変化が生じた場合(特徴・寝たきり・転居・死亡等)はこの届出書を提出してください。

※町記入欄

登 録 日	年 月 日	台 帳 番 号	
個 人 コ ー ド		世 帯 コ ー ド	
担 当 民 生 委 員		電 話	

(裏)

写真貼付用紙

台帳番号

本人氏名

写真を撮った時期 年 月頃

--