様式第１号（第４条関係）

高根沢町認知症高齢者等見守りシール交付申請書

年　　月　　日

高根沢町長　様

申請者 住所

 氏名

 電話番号

（対象者との関係　　　　　　　　　）

高根沢町認知症高齢者等見守りシール交付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 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 対象者氏名 |  |
| 住所 | 高根沢町 | 電話番号 |  |
| 世帯構成 | □独居　□高齢者世帯　□同居 | 血液型 | 型 |
| 身体状況 | 身長：　　　　cm　　体重：　　　　　㎏　　ひげ：□有　□無体格：□肥満　□中肉　□痩せ　　　 眼鏡：□有　□無髪型：　　　　　頭髪の色：　　　　　　　 聴力：□良　□悪会話：　　　　　　　移動： |
| 外出状況 | □外出し帰宅できないことがある　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 外出頻度 | □ほとんど毎日　□週に1～2回　□月に1～2回 |
| 医療の状況 | かかりつけ医（医療機関名）　　　　　　　　　　（氏名） |
| 往来歴： |
| 認知症の診断：□有（医療機関名）　　　　　　　　　　　　　□無 |
| 介護保険の状況 | □未申請　□申請中　□非該当　□要支援（１・２）　□事業対象者□要介護（１・２・３・４・５） |
| ケアマネージャー（氏名）　　　　　　　　　　（事業所名） |
| 障害者手帳等 | □有（□身障　□精神　□療育【　　　種】【　　　級】【A・B】）　□無 |
| ※担当民生委員 |  | ※金銭管理 | □可　□不可 |
| 特記事項 | （職業、よく行く場所、持ち物、趣味等） |
| 備考 |  |

【介護者の緊急連絡先】※2人以上の記載を原則とする。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第1連絡先 | 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | （自宅） | （携帯） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第2連絡先 | 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | （自宅） | （携帯） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第3連絡先 | 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | （自宅） | （携帯） |

【個人情報の取扱い】

この申請に記入された個人情報については、町がさくら警察署その他の関係機関に情報提供します。