

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	
対象者氏名				(歳)	
住 所	高根沢町		電話番号		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居			血液型	型
身体状況	身長： cm 体重： kg ひげ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 体格： <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 中肉 <input type="checkbox"/> 痩せ 眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 髪型： 頭髪の色： 聴力： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪 会話： 移動：				
外出状況	<input type="checkbox"/> 外出し帰宅できないことがある <input type="checkbox"/> その他 ()				
外出頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週に1~2回 <input type="checkbox"/> 月に1~2回				
医療の状況	かかりつけ医（医療機関名） (氏名)				
	往來歴： 認知症の診断： <input type="checkbox"/> 有（医療機関名） <input type="checkbox"/> 無				
介護保険の状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育【 種】【 級】【A・B】） <input type="checkbox"/> 無				
※担当民生委員			※金銭管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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。