

第1号様式（第5条関係）

三浦市認知症等行方不明SOSネットワーク登録（変更・解除）申請書

住所 _____
(申請者) 氏名 _____ (本人との続柄 _____)
電話(自宅) _____ (携帯) _____

申請日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(登録・変更・解除)

本人の状況

ふりがな 氏名		性別	写真(撮影 _____ 年 _____ 月頃) ※別添可
生年月日 (年齢)	大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)		
住所	三浦市		
電話番号			
見守りシール	希望する _____ ・ 希望しない _____		
本人の特徴	身長: _____ cm 体重 _____ kg (血液型 _____) 体格: 太 ・ やや太 ・ 中 ・ やや痩せ ・ 痩せ 頭髪: 白髪 ・ 短髪 ・ 長髪 ・ その他 (_____) メガネ: 有・無 装飾品: (_____) 旧姓: (_____) 前住所: (_____) 身体の特徴: (_____) その他の特徴: (例: 出身地、よく行く場所、愛称、普段持ち歩くもの、尋ねると答えられること等)		
介護保険	未申請、申請中、要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所名 (_____) 担当者名 _____ 電話 _____		
かかりつけ 医療機関	(主治医 _____)		
既往歴 治療中の病気			
緊急連絡先	氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話 _____		
変更事項 解除事由	(転出先 _____) (施設名 _____)		

登録番号

シール番号

*この登録票は、SOSネットワーク以外の目的に使われることはありません(太枠は、事務局記入欄)。

※市が、ネットワーク利用に係る個人情報をも、三崎警察署、神奈川県及び県内市町村、神奈川県警察本部、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及びその他関係団体・交通機関等へ提供することに同意します。

氏名 _____