

摂津市長 様

申請者 氏名

続柄

〒

住所

電話番号

次のとおり、認知症高齢者等ひとり歩きSOSネットワーク事業の登録を申請します。

本人の状況	☆ふりがな			家族構成		
	☆氏名	男・女				
	生年月日	年 月 日 歳	事業者への開示についての希望 (氏名両方を開示・名字のみ開示・名前のみ開示)			
	住所	摂津市	(旧)			
	介護保険	要支援 ( ) 要介護	居宅介護支援事業所： ケアマネジャー： 連絡先：			
	☆病歴					
	☆特徴	身長	cmくらい	頭髮		
		体重	kgくらい	顔型		
		体型	やや太め・普通・やせ気味	眼鏡 有 ・ 無		
		その他(行きつけの場所・持ち歩く物・愛称など)				
ひとり歩き歴	ひとり歩き歴： 有 ・ 無 発見場所：					
☆特記事項	保護時に注意して欲しいこと・対応に注意して欲しいこと					
連絡先1	氏名	続柄	電話番号			
連絡先2	氏名	続柄	電話番号			
連絡先3	氏名	続柄	電話番号			

<情報提供に係る同意> 上記の情報を、摂津警察署及び認知症高齢者等ひとり歩きSOSネットワーク事業協力事業者等に提供することに同意します。(※ ただし、協力事業者には、☆印の項目を提供)

年 月 日 氏名

続柄