

様式第1号（第4条関係）

神栖市認知症高齢者等保護情報共有事業利用申請書

年 月 日

神栖市長 様

申請者 住 所
氏 名
続 柄
連絡先

神栖市認知症高齢者等保護情報共有事業を利用したいので、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------|-----------|-----------------|
| 対象者（認知症高齢者等）の情報 | ふりがな | | 性別 | 旧姓： | |
| | 氏 名 | | | 名前以外の呼び名： | |
| | 住 所 | | | 生年月日 | 年 月 日 (日 歳) |
| | 介護保険 | 担当居宅介護支援事業所名： 担当ケアマネジャー： 電話： | | | |
| | 要介護区分 | 未申請・総合事業対象者・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5） | | | |
| | 介護保険サービス 利用事業所 | | | | |
| | かかりつけ 医療機関 | 医療機関名： | | 電話： | |
| | 病 名 等 | | | | |
| | 特 徴 | 身長： | cm | 体重： | kg |
| 体格：太め・普通・痩せ気味 | | 眼鏡：有・無（色・形： ） | | | |
| 特記事項： *出身地・前住所・職業・よく行く場所・持ち歩くものなど | | | | | |
| 第一連絡先 | ふりがな | | 電 話 | | |
| | 氏 名 | | 続柄（ ） | アドレス | |
| | 住 所 | | | | |
| 第二連絡先 | ふりがな | | 電 話 | | |
| | 氏 名 | | 続柄（ ） | アドレス | |
| | 住 所 | | | | |

申請事由 次のいずれかに○を付けてください。

- 1 過去に徘徊したことがある 2 過去に未帰宅となったことがある
3 徘徊又は未帰宅となるおそれがある 4 その他()