

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() |