

様式第1号（第6条関係）

（表）

申請年月日 年 月 日

遠野市長 様

利用対象者

住所

氏名

電話番号

申請者

住所

氏名

㊞

電話番号

利用対象者との続柄

（連絡先）（申請者と同じ場合は、記入不要）

住所

氏名

㊞

電話番号

利用対象者との続柄

遠野市認知症高齢者等SOSネットワーク事業利用登録申請書

認知症高齢者等SOSネットワーク事業の利用登録をしたいので、下記及び裏面のとおりに申請します。また、裏面に記載した情報を、遠野市を通じて遠野警察署及び社会福祉法人遠野市社会福祉協議会に提供することについて同意します。

記

所在が不明になった場合における防災行政無線及び遠野テレビの利用の有無

防災行政無線のみを利用する

遠野テレビのみを利用する

防災行政無線及び遠野テレビを利用する

利用しない

その他（ ）

(裏)

年 月 日受付情報(初回登録 年 月 日) 記録

利用対象者	ふりがな 氏 名 (旧姓) 明治・大正・昭和 年 月 日生まれ 歳 男・女
住 所	
身体特徴	身 長 約 cm
	体 型 痩せ型・普通・太りぎみ・太っている・その他 ()
	顔の形 丸顔・面長・四角顔・その他 ()
	髪 型 坊主・短髪・ショート・長め・その他 ()
	髪 色 白・黒・白黒混じり・茶色・その他 ()
その他	
会 話	名前を 言える・言えない 住所を 言える・言えない
普段の(又は以前の)外出時の行動特徴	(例: タクシーに乗って移動する傾向がある。 足が丈夫でどこまでも歩いていく等)
所持金等	・ 普段、お金を持っていますか 持っている ・ 持っていない ・ 住所や身分を証明するものを持っていますか 持っている ・ 持っていない
過去の徘徊歴 発見場所等	
かかりつけ医	病院・医院(医師名) 電話
要介護認定	受けている(要支援 要介護) ・ 受けていない
利用している 介護サービス 等	サービス内容 () 担当介護支援専門員(ケアマネジャー)氏名
担当民生児童 委員氏名	

この申請書の記載内容は、遠野市、遠野警察署及び社会福祉法人遠野市社会福祉協議会において保管させていただきますので御了承ください。