

|      |     |
|------|-----|
| 登録番号 | NO. |
|------|-----|

大阪市認知症高齢者等見守りネットワーク事業  
登録（新規・変更・抹消）申請書

平成 年 月 日

大阪市長 様

次のとおり登録（新規・変更・抹消）の申請をします。

申請者：氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

申請者確認欄

|                                  |                                      |  |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| ① 運転免許証 <input type="checkbox"/> | ② 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> | ③ その他 <input type="checkbox"/> ( _____ ) |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|

配信情報（写真の配信が可能な場合は、チェックをしてください。）

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| ① 氏名・住所（町名まで）・性別・年齢・特徴、行方不明時の状況 | ② 写真 <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|-------------------------------|

見守りシールの配付について

|                                 |                                  |                                   |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| ① 希望する <input type="checkbox"/> | ・見守りシール <input type="checkbox"/> | ・アイロンシール <input type="checkbox"/> | ② 希望しない <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

|            |                            |  |                                |  |
|------------|----------------------------|--|--------------------------------|--|
| 受付窓口：      | 区 _____                    | 受付日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日         |                                |  |
| ご本人の状況     | フリガナ _____                 | 家族構成図（主介護者等）                           |                                |  |
|            | 氏名 _____                   | 男 _____<br>女 _____                     | (旧姓： _____)                    |  |
|            | 生年月日 _____                 | 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日          |                                |  |
|            | 住所 _____                   | 電話（ _____ ） _____                      |                                |  |
|            | 介護支援専門員 _____              | 事業所名 _____                             | 担当者 _____<br>電話（ _____ ） _____ |  |
|            | 要介護認定情報 _____              | 非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 |                                |  |
|            | 日常生活自立度 _____              | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・不明         |                                |  |
|            | 徘徊歴・発見場所 _____             |  |                                |  |
|            | 特徴                         | 身長 _____ cm                            |                                |  |
|            |                            | 体重 _____ kg                            | 体格： 太め ・ 普通 ・ やせ型              |  |
| 頭髪 _____   |                            | 眼鏡： 有 ・ 無                              |                                |  |
| 特記事項 _____ |                            | よく行く場所、持ち物など                           |                                |  |
| 注意事項 _____ | 保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいことなど |  |                                |  |
| 連絡先 1      | 氏名： _____                  | 続柄 _____                               | 電話（ _____ ） _____              |  |
| 連絡先 2      | 氏名： _____                  | 続柄 _____                               | 電話（ _____ ） _____              |  |
| 変更抹消の場合は理由 | (例) 転居したため                 |  |                                |  |

- 1 申請事項に変更がある場合は、ご報告をお願いします。
- 2 事前登録された情報は、認知症高齢者等見守りネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。
- 3 行方不明発生時には、本市と協定を締結した協力者（企業・団体等）に情報提供をします。
- 4 抹消の場合は申請者と本人の住所、氏名のみご記入ください。