様式第１号（第４条関係）

田原本町高齢者等あんしん見守り事業利用承認申請書

年　　月　　日

　田原本町長　殿

申請者　住所

氏名

電話(　　)

登録者との続柄

　田原本町高齢者等あんしん見守り事業実施要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登　録　者 | ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　　歳） | | |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 登録者情報 | 田原本町高齢者等あんしん見守り事業情報提供書（別紙）を提出します。 | | | |

登録者の個人情報記載内容が、町、天理警察署及び田原本町地域包括支援センターで共有されること、並びに必要時には、関係機関及び個人に提供されることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　（続柄）

別紙

田原本町高齢者等あんしん見守り事業情報提供書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | ふりがな  旧姓 | | |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | | 性別 | | 男・女 | | | | |
| 体格・人相 | 身長 | ｃｍ | | 血液型 | | | A・B・AB・O | | | | | |
| 面型 | ▽・△・□・○ | | 頭髪 | | |  | | | | | |
| 眼鏡 | レンズ（　　　　　）縁（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 体型 | 肥　小肥　中肉　やせ　体重（　　　　　）ｋｇ | | | | | | | | | | |
| 行動の特徴 | なまり |  | | 癖 | | |  | | | | | |
| 身体的特徴 | 歩行（独歩・その他） | | | | | | | | | | | |
| 聴力（普通・聞こえにくい・難聴） | | | | | | | | | | |
| 視力（普通・弱視・喪失） | | | | | | | | | | |
| 部位・形状等 |  | | | | | | | | | | |
| 認知症状　　（有無） | ①自分の名前を（言える・言えない）  ②自分の住所を（言える・言えない）  ③簡単な会話は（できる・できない） | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医 |  | | | 電話 | | |  | | | | |
| 使用車両 | 区分 | 自動車・単車・自転車・その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 登録番号 |  | | 通称名 | | | |  | 塗色 | |  | |
| よく利用する場所 | 所在地（地域） | | 関係者名 | | | | 本人との関係や理由 | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
| 今までに馴染みある地域 |  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
| 連絡先 | 住所 | | 氏名 | | | | 続柄 | | | 連絡先 | |
|  | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | |  | | |  | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 全体写真 | 顔写真 |
| 撮影日　　　　年　　　月　　　日 | 撮影日　　　　年　　　月　　　日 |

【申請者】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 続柄 |  | |
| 住所 |  | | | |
| 自宅電話番号 |  | 携帯番号 |  | |