

（表）

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

申請者 住所
氏名
本人との続柄（ ）
連絡先

認知症高齢者等SOSネットワーク事業事前登録申請書

認知症高齢者等SOSネットワーク事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、次の情報を、行政機関、地域包括支援センター、那須塩原警察署及び協力機関に対して提供することに同意します。

本人の状況	ふりがな			性別	男・女
	氏名	(旧姓：)			
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所	那須塩原市			
	電話番号		携帯電話		
	本人の特徴	<身長> cm <体重> kg <体型> 太め・普通・やせ気味 <頭髪> 長髪・短髪 / 黒髪・白髪・茶髪 <眼鏡> あり・なし / 色・形 ()			
	認知症	有・無 <名前> 言える・言えない <住所> 言える・言えない			
特記事項	(行きそうな場所、過去の徘徊歴)				
かかりつけ医	医療機関名：		医師名：		
介護支援専門員	事業所名：		ケアマネジャー名：		
緊急連絡先	氏名：	続柄：	電話番号：		

注 本人の特徴が分かる写真を必ず提出してください。

