|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 登録年月 |  |

様式第１号（第６条関係）

西尾市高齢者おかえりネットワーク事前登録届

申請日　　　年　　月　　日

(宛先)西尾市長

西尾市高齢者おかえりネットワーク事業実施要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり届け出ます。

なお、この情報を警察署に提供することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （同意者） | | 氏　名 |  |  | |  | | 続柄 |  |
| 生年月日 |  | | 電話 | |  | | |
| 住　所 | 〒　　　― |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |
| 本人の状況１ | ふりがな |  |  |  | |  | | 性別 | □男　□女 |
| 氏　名 |  |  |  | |  | |
| ふりがな |  |  |  | |  | |  |  |
| 旧　姓 |  |  |  | |  | |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | （　　　　　歳） | |
| 住　所 |  |  |  | |  | |  |  |
| 電　話 |  |  |  | |  | |  |  |
| 特　徴 | 身長： | | ㎝ | | 姿勢： | |  |  |
| 体重： | | ㎏ | | 体格： 太め・ふつう・やせている | | | |
| 頭髪： | | 眼鏡： なし・あり | | | | ヒゲ： なし・あり | |
| 特記事項：出身地、前住所、行きつけの場所、持ち歩く物など | | | | | | | |
| 注意事項 | 保護時に注意してほしいこと・対応に注意してほしいことなど | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況２ | 介護支援 |  |  | |  | （担　当　　　　　　　） | | |
| 専 門 員 |  |  | |  | 電話： | （ | ） |
| かかりつけ  医療機関等 | 医療機関名： | | |  | （担当医　　　　　　　） | | |
| 病　名　等： | | |  | 電話： | （ | ） |
| 医療機関名： | | |  | （担当医　　　　　　　） | | |
| 病　名　等： | | |  | 電話： | （ | ） |
| 医療機関名： | | |  | （担当医　　　　　　　） | | |
| 病　名　等： | | |  | 電話： | （ | ） |
| 過去の  発見場所 |  | |  |  |  |  |  |
| 連絡先１ | | 氏名： | |  | 続柄： | 電話： | （ | ） |
| 連絡先２ | | 氏名： | |  | 続柄： | 電話： | （ | ） |
| 連絡先３ | | 氏名： | |  | 続柄： | 電話： | （ | ） |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人賠償責任保険  加入希望の有無※ | 希望する　　　・　　　希望しない |

※被保険者が死亡、市外転出、長期入院、施設入所等により「おかえりネットワーク」の加入対象でなくなった場合は、保険加入できません。

備考

１　本人の特徴がわかる写真を添付してください。

２　届出事項に変更・変化が生じた場合（特徴・寝たきり・転居・死亡など）は、速やかにご連絡ください。

３　登録後は、必要に応じて登録内容の確認・更新を行います。

４　登録届は、西尾市高齢者おかえ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。

様式第２号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 登録年月 |  |

西尾市高齢者おかえりネットワーク登録内容変更(廃止)届

申請日　　　年　　月　　日

(宛先)西尾市長

西尾市高齢者おかえりネットワーク事業実施要綱第６条第２項の規定により、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （同意者） | | 氏　名 |  | |  | | |  | | 続柄 |  | |
| 生年月日 |  | | | | 電話 | |  | | | |
| 住　所 | 〒　　　― | |  | | |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  |  |
| ふりがな | |  | |  |  | | |  | | 性別 | □男　□女 |
| 事前登録者氏名 | |  | |  |  | | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 変更(廃止)日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 登録変更内容 |  | 項目（住所･電話･特徴等） | | | | 内容 | | | | | |
| 変更前 |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | 項目（住所･電話･特徴等） | | | | 内容 | | | | | |
| 変更後 |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 登録廃止  の 理 由 | | □死亡のため　　　□市外転出のため　　　□長期入院のため  □施設入所のため　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | | |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人賠償責任保険  加入希望の有無※ | 希望する　　　・　　　希望しない |

※被保険者が死亡、市外転出、長期入院、施設入所等により「おかえりネットワーク」の加入対象でなくなった場合は、保険加入できません。