様式第２号（第５条関係）

　　年　　　月　　　日

川南町長　様

事前登録届出書

　川南町認知症高齢者等見守りあんしんネットワークに事前登録したいので次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 登録番号 |  |
| 届出者 | 住　所 | | | | |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録者との続柄（　　　　　　　　） | | | | |
| 電　話（自宅　　　　　　　　　　携帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 登録者 | （旧姓：　　　　　） | | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　　歳） | | | |
| 住　　所 | 川南町大字 | | | |
| 登録者  の状況 | 身　　長 | ㎝　　　 大柄　・　小柄 | | | |
| 体　　型 | 太っている　・　ふつう　・　やせている　（体重　　　　　㎏） | | | |
| 面　　型 | 逆三角　・　三角　・　　卵　 ・　　四角　・　　丸 | | | |
| 顔　　色 | 白　 ・　　青白　・　　普通　・　　浅黒　・　　赤 | | | |
| 眼　　鏡 | 無　 ・　　有　　　眼鏡の縁等 | | | |
| 髪　　型 |  | 世帯の状況 |  | |
| 行動など  の特徴 | 音声なまり |  | | | |
| 歩行・対話 |  | | | |
| 行方不明  の有無 | 無　　・　　有　　　　（　　　　　年　　　　月頃）  【発見場所】 | | | |
| かかりつけ  医療機関 | 医療機関名 | （電話　　　　　　　　） | | | |
| 主治医名 |  | | | |
| 担当介護支援専門員 | 事業所名 | （電話　　　　　　　　） | | | |
| 担当者名 |  | | | |
| （情報提供にかかる同意欄）  事前登録届出書を町、高鍋警察署、東児湯消防組合及び川南町地域包括支援センターで共有することに同意します。  また、日頃の地域での見守りを行うために、登録者の情報を次の関係機関に情報提供することに同意します。　□当該自治公民館　□担当民生委員（希望する関係機関を■又は☑してください。）  同意者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |

備考

１ 対象者の特徴が分かる写真（顔写真・全身写真）を提出してください。

２ 事前登録届出書は川南町認知症高齢者等見守りあんしん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 登録事項に変更等が生じた場合は、変更届（様式第３号）を提出してください。

写　真　台　帳

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 | 川南町大字 |
| 【顔写真】（撮影日：　　　年　　月　　日） | |
| 【全身写真】（撮影日：　　　年　　月　　日） | |