

## 「潟上市 助け合いひろがるネットワーク」登録票

潟上市長 あて

		台帳番号			
		申請日	年	月 日	
申請者	(フリガナ) 氏名			続柄	
	電話番号	自宅:	携帯:		
第2 連絡先	氏名	(続柄)			
	電話番号	自宅:	携帯:		
第3 連絡先	氏名	(続柄)			
	電話番号	自宅:	携帯:		
登録者	(フリガナ) 氏名	男・女		いえる・いえない	
	生年月日	年	月	日 (歳)	
	住所	(〒 - )		いえる・いえない	
	電話番号			いえる・いえない	
	世帯状況	ひとり暮らし・高齢者のみ世帯・日中独居・その他( )			
本人の 状況	身長	cm	認知症診断の 有無	あり・なし	
	体重	kg		(いつ頃: 年 月)	
	体型	ふくよか・普通・やせ		要介護度 認定期間	
	姿勢				
	髪型	(なし・申請中)			
	メガネ	あり・なし		ヒゲ	あり・なし
	かかりつけ 医	病院名: (電話番号: )			
	医師名:				
	疾病等:				
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 )					
担当ケアマネージャー					
氏名			事業所名		
			電話番号		

< 添付書類 >

写真を貼ってください。(できるだけ新しいものをお願いいたします。)

< 同意書 >

私は、「潟上市 助け合いひろがるネットワーク」の登録に関して、下記の事項に同意します。

- 1 事業の内容を理解し、登録者の情報を「個人台帳」として潟上市および潟上市が委託するネットワーク事務局で保管すること。
- 2 登録者が行方不明になったとき等の緊急時、警察等からの行方不明通報にもとづいて、登録情報を潟上市の関係部署や、消防、民生児童委員、助け合いひろがるネットワーク協力機関へ情報提供されること。

登録者署名

---