

## 「潟上市 助け合いひろがるネットワーク」登録更新・変更届

年 月 日

潟上市長 あて

住所  
電話  
届出者 氏名  
登録者との続柄

ネットワークの登録を(変更・廃止)したいので、次のとおり届け出ます。  
※登録更新時、変更する部分がない場合は、同意書への署名のみで結構です。

- 1 登録内容の変更 (変更日: 令和 年 月 日)  
※変更部分の口にレ点チェックを付けてください。

□ 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)	いえる・いえない		
	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 (いつ頃: 年 月)	
	体重	kg			
	体型	ふくよか・普通・やせ		要介護度 認定期間 ... ~ ...	
	姿勢				
	髪型				
	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:			

<input type="checkbox"/> 特記事項 ( 出身地 ・ 前住所 ・ 行きつけの場所 ・ 持ち歩く物 など )	
<input type="checkbox"/> 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 )	
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー	
氏名	事業所名
	電話番号

## &lt; 添付書類 &gt;

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。 )

## &lt; 同意書 &gt;

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

## 2 登録の廃止 ( 廃止日 : 令和 年 月 日 )

この事業の利用を中止する。( 差し支えなければ、理由をお知らせください。 )

(理由: )