

瑞穂町高齢者等見守りシール（新規・変更）登録届

年 月 日

(宛先) 瑞穂町長

 新規

次のとおり登録の申出をします。なお、登録情報については、町の委託事業者に情報提供を行うことに同意します。

また、瑞穂町高齢者等見守りシールを利用するに当たり、町の委託事業者に申請する手続を町に委任します。

 変更

登録事項に変更が生じたため、次のとおり申し出ます。

(利用者) ※介護者

氏名	続柄 ()	電話	— —
住所	郵便番号	—	

(本人情報) ※認知症高齢者等

(ふりがな) 氏名		性別	男・女
		生年月日	年 月 日 (歳)
呼び名		電話	— —
住所	郵便番号	—	

該当するものにチェック（複数回答可）

- 認知症の確定診断が出ている。
- 過去に徘徊をしたことがある。
- 「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡa以上である。^{※1}
- 今後、認知症について受診を検討している。
- その他 ()

※1 認知症の方に係る介護の度合いを分類したもの。Ⅱa以上は日常生活に支障を来すような症状

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 () ・ <input type="checkbox"/> 要支援 () ・ <input type="checkbox"/> 申請中 ・ <input type="checkbox"/> 未申請	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 ・ <input type="checkbox"/> 子 ・ <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ・ <input type="checkbox"/> 孫 ・ <input type="checkbox"/> その他 () ・ <input type="checkbox"/> 一人暮らし		
行きそうな場所			
居宅介護事業者	事業所名	電話	— —
備考			

(緊急連絡先の登録状況) ※必ず緊急連絡先となる方の同意を得た上で記入してください。

緊急連絡先① (1番目に連絡がいく方)	氏名	続柄 ()	電話	— —
緊急連絡先② (2番目に連絡がいく方)	氏名	続柄 ()	電話	— —
申込者以外の 緊急連絡先 (いなくても可)	氏名	続柄 ()	電話	— —
	氏名	続柄 ()	電話	— —

※事務処理欄

受付日	年 月 日	決定日	年 月 日
-----	-------	-----	-------