

※役所記入欄

下田市登録番号第	号
QRコード番号	

下田市高齢者等見守り事前登録申請書

年 月 日

下田市長 様

下田市高齢者等見守り事前登録事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名	印 (続柄)		
	住所			
	連絡先	(自宅)	(携帯電話)	

登録対象者情報

基本情報	(フリガナ) 氏名	(旧姓)			
	住所	下田市			
	生年月日	年 月 日 ( ) 歳	性別	男・女	
	連絡先	(自宅)	(携帯電話)		
	主な病気				
	かかりつけ 医療機関	医療機関名：	(電話)		
		主治医：			
介護関係機関	居宅介護支援事業者：	(電話)			
	ケアマネジャー氏名：				
身体情報	身長・体型	身長：	体型：太りぎみ・ふつう・やせぎみ		
	髪型・髪色	髪型：	髪色：		
	めがね・ひげ	めがね：有・無	ひげ：有・無		
	姿勢・耳の聞こえ	姿勢：	耳の聞こえ：		
	氏名・住所の返答				
	その他身体的様子				
関連情報	過去の徘徊歴	(時間)			
	行きそうな場所				
	保護時に注意 して欲しい事項				

申請者以外の緊急連絡先

第2連絡先	(フリガナ) 氏名	(続柄)		
	住所			
	連絡先	(自宅)	(携帯電話)	

※役所記入欄

下田市登録番号第	号
QRコード番号	

(写真を添付)

注：写真は、顔が分かる写真（正面・無帽）1枚、全身が写っている写真1枚を提出してください。

注：写真は、できる限り申請日に近い日に撮影されたものを提出してください。

注：写真の裏面に登録対象者の氏名を記入して提出してください。

### 同意書

下田市高齢者等見守り事前登録事業に登録するに当たり、次の事項に同意します。

- 1 登録した個人情報を、管轄の警察署、地域包括支援センターに対し、情報提供することに同意しますか。 (は い ・ いいえ)
- 2 行方不明発生時において、下田市以外の行政機関に情報提供することに同意しますか。 (は い ・ いいえ)
- 3 登録対象者が下田市に住民票を有することを確認するために住民基本台帳を閲覧することに同意しますか。 (は い ・ いいえ)

登録対象者氏名

印

年 月 日

申請者氏名

注：個人情報は適切に管理し、下田市高齢者等見守り事前登録事業のみに使用します。