

登録番号： 03 - 01

\* この欄は職員が記入します

## みまもりシール事前登録申請書

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

平内町長 様

(申請者)

住所 平内町大字小湊字小湊1-2

氏名 平内 太郎  
対象者との続柄 ( 長男 )

電話番号 017-766-2111

## 対象者情報

|        |  |   |      |                        |                                       |                      |             |
|--------|--|---|------|------------------------|---------------------------------------|----------------------|-------------|
| フリガナ   | ひらない はなこ   |   | 性別   | 男・ <b>女</b>            | 生年月日                                  | 昭和12年5月1日<br>( 81 歳) |             |
| 氏名     | 平内 花子  |   |      |                        |                                       |                      |             |
| 住所     | 平内町 大字小湊字小湊1-1                                   |   | 電話番号 | 017-755-0000           |                                       |                      |             |
| 対象者の特徴 | 身長   | 159 cm  | 体型   | 痩せ型・ <b>中肉</b> ・小太り・肥満 |                                       | 認知症の有無               | <b>有</b> ・無 |
|        | 頭髪   | 白髪交じり、まとめ髪が多い。  |      | 眼鏡                     | <b>有</b> ・無<br>(特徴等 <b>黒縁の透明レンズ</b> ) |                      | 名前          |
|        | 歩き方姿勢  | やや前かがみで歩く。  |      | 手術の痕やホクロなど体の特徴         | 腹部に手術痕あり                              |                      |             |
|        | 移動手段<br>*複数可                                     | <b>徒歩</b> ・ <b>自転車</b> (色: <b>赤</b> 形: <b>三輪自転車</b> その他特徴: <b>前後にかご、アシスト付</b> )<br>車 (ナンバー: 車種: 色: )<br><b>バス</b> ・タクシー・電車                                      |      |                        |                                       |                      |             |
|        | その他特記事項 (出身地、よく行く場所、入所施設名、なまり、旧姓、保護時に注意して欲しいこと等) | <ul style="list-style-type: none"> <li>青森市出身 ・浅虫の病院で看護師をしていた ・なまりが強い</li> <li>時々、夜越山温泉まで歩いて行く・旧姓 (田中) を名乗ることがある</li> <li>耳が遠いので、声をかけるときは声は大きめをお願いします</li> </ul> |      |                        |                                       |                      |             |
|        | 持病の有無  | 無・ <b>有</b>   | 病名   | 糖尿病、高血圧                |                                       |                      |             |
|        | かかりつけ医療機関  | 医療機関名: 青森市民病院 整形外科<br>主治医名: 勝田 次郎 電話: 017-987-6543  |      |                        |                                       |                      |             |
|        | 介護保険欄  | 担当事業所名: 居宅介護支援事業所□□□  |      |                        |                                       | 介護度: 要介護1            |             |
|        |  | 担当ケアマネジャー: ○○ ○○○   |      |                        |                                       | 電話: 0174-27-3464     |             |

## 緊急連絡先

|  |                  |                   |
|--|------------------|-------------------|
| 第1連絡先<br><input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はチェック | 氏名:              | 続柄:               |
|  | 住所:              | 電話:               |
| 第2連絡先  | 氏名: 安心 保子        | 続柄: 長女            |
|  | 住所: 青森市新町1丁目3番7号 | 電話: 090-0000-0000 |

\* 日中に連絡がとれる連絡先を記載してください。

\* 申請者以外で登録する緊急連絡先のかたには、事前に登録する旨の承諾を得てください。

※顔写真、全身写真など



◇対象者本人写真 貼付欄（任意）◇

※無帽・本人の顔がわかるもので、最近撮影されたもの（約6か月以内）  
をご提出ください。

※写真の裏面には、対象者氏名を記入してください。

※写真の提出は任意ですが、可能な限りご協力ください。

\* 本申請書の内容は、本事業の目的以外に使用することはありません。

\* 本申請書の内容に変更が生じた場合は、届出が必要となりますのでご連絡ください。

同 意 欄

- 私は、地域での見守りや行方不明時の捜索、早期保護、身元確認等の場合に備え、必要事項を記載し、申請することについて、同意します。
- 私は、本申請書の情報を事前に青森警察署、消防本部（消防署）、平内町消防団、平内町社会福祉協議会、在宅介護支援センターに提供することについて、同意します。

令和〇年 〇月 〇日

対象者氏名

平内 花子



(本人自署の場合は押印不要)

代理者氏名

平内 太郎

続柄 ( 長男 )

(本人自署の場合は記載不要)

担当課処理欄

| 受付日 | 決 裁 |     |      |     | 情報提供日   |   |   |   |
|-----|-----|-----|------|-----|---------|---|---|---|
|     | 課長  | 指導監 | 副指導監 | 受付者 | 青森警察署   | 年 | 月 | 日 |
|     |     |     |      |     | 消防本部    | 年 | 月 | 日 |
|     |     |     |      |     | 社会福祉協議会 | 年 | 月 | 日 |
|     |     |     |      |     | 在宅/清風荘  | 年 | 月 | 日 |
|     |     |     |      |     | 在介/清風荘  | 年 | 月 | 日 |
| 備考欄 |     |     |      |     |         |   |   |   |