

様式第1（第4条関係）

(表)
 稲沢市高齢者等安心おかえりネットワーク
 事業登録票兼台帳

登録番号

(シールNo.) _____

届出年月日				
登録申請者 (届出者)	住所			
	氏名			
	電話	(自宅)	(携帯)	
届出者・保護者以外 で連絡のとれるかた	氏名			
	電話	(自宅)	(携帯)	
対 象 者	住 所	(行政区)		
	ふりがな 氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日生 (歳) 性別 (男・女)
	体 格・人 相	身長		
		体格		
		髪型		
		その他		
	常に身につけて いるもの等			
	要 介 護 度			
	住所・名前	言える	言えない	
	過去の徘徊歴 発 見 場 所			
	利用している 介護サービス (事業所名)			
	参考事項 (実家や過去によく 行っていた場所等)			

裏面の同意書にもご記入ください。

受 付 印	稲沢市役所高齢介護課	稲沢警察署送付日	写真 できる限り顔がわかる大きさ の写真をご用意ください。 写真の大きさは自由です。
		担当地域包括支援センター通知日	

※この登録票の内容に変更が生じた場合は、高齢介護課へ速やかにお申し出ください。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

(裏)

同 意 書

稲沢市高齢者等安心おかえりネットワーク事業の登録申請にあたり、次の事項について同意します。

- 1 稲沢市高齢者等安心おかえりネットワーク事業に登録し、稲沢市、稲沢警察署においてその情報が登録・管理されることについて同意します。
- 2 稲沢市高齢者等安心おかえりネットワーク事業を通じて対象者の検索を行う場合（希望した範囲で）関係機関に対し、登録情報を提供することに同意します。

年 月 日

登録申請者

(申 出 者)

印

特記事項