

福智町高齢者等SOSネットワーク事前登録（新規・更新）申請書

年 月 日

福智町長 殿

(申請者) 住 所

氏 名 印

電話番号

対象者との続柄 ()

次のとおり、福智町高齢者等SOSネットワーク事業を利用したいので申請します。

フリガナ			男 女	明治 大正 昭和	年 月 日生 歳
	氏名				
住所 電話番号		(申請者の住所と異なる場合のみ記入してください。)			
住所		福智町			
電話番号		自宅： - 携帯：()-()-()			
緊急 連絡先	氏名 (続柄)	()	電話		
			住所		
	氏名 (続柄)	()	電話		
			住所		
対象者 現況	1 自分の名前が言える			はい	いいえ
	2 警察に保護されたことがある			はい	いいえ
	3 行方不明の頻度			1 毎日	2 週2回程度
				3 週1回程度	4 月1回程度
				5 その他 ()	
4 介護保険 (要介護度、有無)					
5 担当ケアマネジャー (事業所名、連絡先、使っているサービス等)					
身体 の 特 徴	身長	c m	体格		
	体重	k g	頭髪		
その他	(よく通っていた場所、実家の場所等)				

本申請に伴い、上表の個人情報を警察に提供することに同意します。また、行方不明等の緊急時に必要な範囲内において、対象者を検索するために上表の個人情報及び画像等を協力機関又は協力者に提供することに同意します。

本人署名 印

代筆者氏名 印

※添付書類

対象者の写真は顔写真と全体写真とし、申請前（概ね3カ月以内）の写真とします。(必須)

担当者印 ()