

年 月 日

燕市長様

燕警察署長様

燕市地域包括支援センター管理者様

下記の通り、認知症高齢者等見守り事業（おかえりつばめ〜ル）、事前登録申請を行います。
また、行方不明となった場合には、はいかいシルバーSOSネットワーク、認知症高齢者等見守り事業（おかえりつばめ〜ル）協力者及び関係機関へ、下記太枠内へ記載した情報提供を行ことに同意します。

登録者：氏名 _____（代筆者 _____）：続柄 _____

住所 燕市 _____ 電話番号 _____

申請者：氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

認知症高齢者等見守り事業（おかえりつばめ〜ル） 事前登録申請書 表面

提出代行：事業所名 _____

担当者氏名 _____

登録番号： _____

世帯：独居・高齢・同居

| | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|---------|
| 太枠内の <input type="checkbox"/> に ついた情報を伝達します。 | ふりがな | | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> | 性別 | 年齢 | |
| | (旧姓) | <input type="checkbox"/> () | | | 住んでいる地区 |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 燕市 | 男・女 | T・S 年 月 日生 歳 | |
| | 特 徴 | 認知症の診断 | <input type="checkbox"/> あり・ない | 燕・吉田・分水 (小学校区) | |
| | | 移動手段 | <input type="checkbox"/> もの忘れ：ある・少しある・ない | | |
| | | 歩行の状態 | <input type="checkbox"/> 方向感覚の低下：ある・少しある・ない | | |
| | | 出身地・前住所 | <input type="checkbox"/> 理解・判断力の低下：ある・少しある・ない | | |
| | | 行きつけの場所 | <input type="checkbox"/> 自動車・バイク・バスや電車・自転車・徒歩(杖・歩行器・) | | |
| | ゆかりの場所 | <input type="checkbox"/> 普通に歩ける・歩けるが疲れやすい・普段はあまり歩かない | | | |
| 職歴・趣味など | <input type="checkbox"/> | | | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 捜索に関わる情報、保護時にして欲しいこと、対応に注意して欲しいことなど | | | | |

年 月 日付で依頼のあった、
認知症高齢者等見守り事業（おかえりつばめ〜ル）事前登録申請を受け付けましたのでお知らせします。
年 月 日 燕市長

- 3重線の箇所（性別、年齢、住んでいる地区）は情報伝達の必須事項です。必ず記入してください。
- 届け出事項に変更があった時は、燕市役所長寿福祉課地域支援相談係 0256-77-8157 までご連絡ください。
- 記入された情報は、認知症高齢者等見守り事業（おかえりつばめ〜ル）以外の目的には使用しません。

受付担当者

可能であれば本人の特徴がわかる写真として、「顔写真」、「全身写真」の2枚をご用意ください。
デジタルカメラなどで撮影した写真であれば、データでご提出ください。

写真貼り付け

写真貼り付け

撮影時期： 年 月頃

| | |
|-------|---------------|
| 第1連絡先 | 氏名： 続柄（ ） TEL |
| 第2連絡先 | 氏名： 続柄（ ） TEL |
| 第3連絡先 | 氏名： 続柄（ ） TEL |

市町村記入欄

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| 要介護認定 | 無 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |
| | 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 居宅サービス 計画作成担当 | 事業者名 電話番号 |
| | 担当介護支援専門員 |