

年 月 日

(あて先) 新発田市長

申請者 住所  
氏名  
対象高齢者との続柄 ( )  
電話番号

新発田市認知症高齢者見守り事業を利用したいので、登録を申請します。

(※太枠内のみ記入ください)

見守り対象者	(フリガナ) 氏名	(旧姓)	男・女	住 所	新発田市	
	生年月日	年 月 日		電話番号		
	介護保険	介護保険認定 あり (介護度 )・なし・不明・申請中 担当ケアマネジャーの事業所 ( ) 氏名 ( )				
	身体的 特 徴	身 長	cm	体 型	やせ 普通 太め	
		その他特徴	(例：白髪、眼鏡、腰が曲がっている等)			
	外出の状況	<input type="checkbox"/> 一人で家に帰れない危険性がある <input type="checkbox"/> 一人で家に帰れるが、認知症が進み心配な状況である いつ頃 ( ) 範囲・場所 ( ) どのような状況 ( ) 家族が心配なこと ( )				
	認知症の診断 その他特記事項	認知症診断 あり・なし その他 ( )				
同居家族の 有無	あり (本人以外的人数 人、続柄 ) なし					
写 真	全身・上半身・なし (後日)					
緊急連絡先	優先 順位	氏 名	続 柄	同居 別居	住所・電話番号	勤務先事業所名・電話番号
	1			同居 別居	住所: 電話: 携帯:	事業所名: 電話:
	2			同居 別居	住所: 電話: 携帯:	事業所名: 電話:
上記記載事項について、関係機関 (担当地域包括支援センター、担当ケアマネジャー、新発田警察署) に提供することを承諾します。 なお、申請書に記載した者からは、本申請書への記載及び関係機関への情報提供について、事前に同意を得ています。 <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者署名 _____</p>						
市 処 理 欄	登録番号 [ ] 地域包括支援センター名 [ ]					
	利用終了年月日: 年 月 日 終了理由 [ ]					

写真貼付

備考欄（聴き取り内容等）

※高齢福祉課職員記入