

登録番号
No. な

南部町あんしんカード事業登録申請・変更届

（あて先）南部町長

（表）

次のとおり、南部町あんしんカード事業への登録、変更を申請します。

登録者情報	フリガナ			年齢	生年月日		性別	
	氏名			明・大・昭	年	月	日	男・女
	現住所	〒 (電話番号:)						
	出身地		旧姓		呼称 愛称			
	住所履歴	(※以前別の場所に住んでいた場合は記載)						
	徘徊歴	あり・なし	保護歴	あり・なし	(※ありの場合、保護された場所)			
	立ち寄り そうな所							
	身体的 特徴等	身長 = 約 <input type="text"/> cm 体格 (<input type="checkbox"/> 痩せ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 太め) 視力 (<input type="checkbox"/> 色の識別ができない <input type="checkbox"/> 新聞の見出しの文字が見えない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病名(目):) 聴力 (<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> かなり大きな声なら何とか聞き取れる <input type="checkbox"/> 普通の声がやっとな聞き取れる <input type="checkbox"/> 普通) 移動手段 (<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車を運転 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車) <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> 指輪(指) <input type="checkbox"/> ほくろや痣 (部位:) <input type="checkbox"/> 四肢 (部位:) が変形・欠損) ※その他の特徴等(上記の詳細や普段の服装、病気等による配慮すべき点等)						
	介護サービス 等の利用	あり・なし	担当ケアマネジャー (事業所名と電話番号)					
	疾患名			かかりつけ の病院				
	家族状況 (世帯構成) ※登録者を除く 兄弟・子・孫 非同居者含	氏名	年齢	(登録者との 続柄)	同居・別居 (当てはまる方に○)	その他		
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			

