

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"/> 普通の声がかつ聞き取れる <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		

連絡先（登録者を迎えるに行ける人）	第1 連絡先	フリガナ		登録者との 関係		
		氏名				
		住所または 勤務先名等				
		電話番号 (携帯番号)		連絡がとれる時間帯		
	第2 連絡先	フリガナ		登録者との 関係		
		氏名				
		住所または 勤務先名等				
		電話番号 (携帯番号)		連絡がとれる時間帯		
	第3 連絡先	フリガナ		登録者との 関係		
		氏名				
		住所または 勤務先名等				
		電話番号 (携帯番号)		連絡がとれる時間帯		
特記事項があれば記入して下さい						

私は、南部町あんしんカード事業にあたり、南部町福祉介護課及び南部町地域包括支援センター、三戸警察署が申請書の個人情報を管理し、登録者の徘徊等により個人情報の使用が必要になったときは、これを使用することに同意します。また、必要に応じて、関係機関（南部町外の警察署・役場関係課・介護サービス事業者・老人福祉施設・病院・民生委員・自治会等）に情報の照会や提供すること等についても同意します。
なお、上記の同意について、連絡先等申請書に記載した者全員に確認し、全員から同意を得ています。

申請日： 年 月 日

申請者氏名： （登録者との関係： ）

住 所：

※可能であれば登録者写真等を添付

受付印
