様式第１号

上峰町高齢者ＳＯＳネットワーク事業登録申請書（新規・変更）

平成　　年　　月　　日

上峰町社会福祉協議会会長　様

上峰町高齢者ＳＯＳネットワーク事業実施要綱第３条及び第４条の規定により次のとおり登録を申請します。

登録No.	

【登録する対象者】

ふりがな		男・女
氏　名		
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　　歳	
住　所		
電　話	自　宅	
	携　帯	

写 真

注意
①6ヶ月以内に撮影したもの
②正面、無帽で顔が大きく写ったもの
③サイズは、おおよそ縦４５ｍｍ×横３５ｍｍ

【身体的特徴】 身長：約　　ｃｍ 体重：約　　ｋｇ 体格：太め・普通・やせ・（　　） 頭髪：（　　）色　　長・中・短・（　　）	【その他】 ※出身地、前住所、行きつけの場所、持ち歩く物、前職業など
【かかりつけ医】　　有　・　無 病院名： 主治医： 電　話： 病気名：	【これまでの徘徊の状況】 頻度：　週　月　年（　　回）・なし・その他（　　） 範囲：地区内・町内・町外　（　　） 保護場所： 移動手段：徒歩・自転車・バイク・車・バス・タクシー
【介護認定】　　無　・　有　（要支援　１　・　２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　） 居宅介護支援事業所名：　　（電話番号） 担当ケアマネジャー名：　　（電話番号）	
【その他特記事項】（サービス利用状況等）	

【申請者】

ふりがな		男　・　女	続柄	電話番号
氏　名				自　宅： 勤務先： 携　帯：
住　所				

【緊急連絡先】　※申請者以外の方

ふりがな		男・女	対象者との続柄
氏　名			
住　所		電　話	自宅：
			携帯：
ふりがな		男・女	対象者との続柄
氏　名			
住　所		電　話	自宅：
			携帯：