

管理番号 NO.

大阪市認知症高齢者等見守りネットワーク事業  
事前登録（新規・変更・抹消）申請書

平成 年 月 日

大阪市長 様

次のとおり事前登録（新規・変更・抹消）の申請をします。

申請者：氏名  続柄  電話 ( ) -  
住所

- 個人情報の使用について説明を受けました。  情報配信の際、写真の使用を希望しません。

ご本人の状況	フリガナ			家族構成図 (主介護者等)
	氏名	(旧姓: )	男・女	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	住所	東 成 区		電話 ( ) -
	介護支援 専門員	事業所名	担当者	電話 ( ) -
	要介護認定情報	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・不明		
	これまでの状況	(以前に発見された場所等)		
	特徴	身長: cm	体重: kg	体格: 太め・普通・やせ型
		頭髮:	眼鏡: 有・無	その他:
特記事項	よく行く場所、持ち物など			
注意事項	保護時にしてほしいこと 対応に注意してほしいことなど			
連絡先1	氏名:	続柄	電話 ( ) -	
連絡先2	氏名:	続柄	電話 ( ) -	
変更抹消の場合は理由	(例) 転居したため			

- 1 太枠部分は必須項目ですので必ず記入してください。
- 2 事前登録された情報は、認知症高齢者等見守りネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。
- 3 行方不明発生時には、区長と協定を締結したネットワーク関係機関、団体・企業等の協力者（区外、市外、広域含む）に情報提供をします。
- 4 申請内容に変更がある場合は、連絡をお願いします。抹消する場合は申請者と本人の住所、氏名のみ記入してください。

処理欄	申込者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	見守り相談室収受年月日	年 月 日	担当者 <input type="checkbox"/>	管理者 <input type="checkbox"/>