様式第１号（第３条関係）

徘徊高齢者見守りネットワーク事業利用申請書

年　　月　　日

（あて先）掛川市長

住　　所
申請者　氏　　名
電話番号

徘徊高齢者見守りネットワーク事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、行方不明発生時に円滑な情報共有を図るため、下記情報について、掛川警察署及び関係機関へ情報提供することに（　同意します　・　同意しません　）。

<table>
<tr><td rowspan="9">対象者</td><td>氏名（フリガナ）</td><td colspan="2"></td><td>旧姓・愛称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>身体的特徴
(体型・傷　等)</td><td colspan="3">身長：　　cm　体重：　　kg</td><td colspan="2" rowspan="4">写　真
※顔が分かるもの・全身のものそれぞれ１枚
※大きい写真は裏面へ貼付</td></tr>
<tr><td>既往歴・持病</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>自分の氏名が言えるか</td><td colspan="3">可　・　不可</td></tr>
<tr><td>よく行く場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>外出手段</td><td colspan="5">徒歩　・　自転車　・　車　・　その他（　　）
※自転車・車の場合、色・車種・ナンバー等も分かる範囲で記載</td></tr>
<tr><td>所管地域包括支援センター</td><td colspan="5">（センター名）　　（電話番号）</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医</td><td colspan="5">（医療機関名）　　（電話番号）
（主治医名）</td></tr>
<tr><td>担当ケアマネ</td><td colspan="5">（事業所名）　　（電話番号）
（ケアマネ名）</td></tr>
<tr><td rowspan="8">連絡先</td><td rowspan="4">第１順位</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>申請者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>メールアドレス</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">第２順位</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>申請者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>メールアドレス</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>