

登録番号	
------	--

池田市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業 登録票

申請日 年 月 日

池田市長 様

下記のとおり、池田市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業の登録を申請します。

1. 基本情報 (登録者)

ふりがな				
氏名				
性別	男・女			
生年月日	年 月 日			
住所	池田市			
電話番号	— —			
介護保険 利用状況	いずれかに☑			
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	<input type="checkbox"/> 申請中	
		<input type="checkbox"/> 要介護 ()	<input type="checkbox"/> 未申請	
	居宅介護支援	:		
	事業所名	:		
	ケア	:		
	マネジャー	:		
特徴	身長	cm	体重	kg
	顔型		頭髪	
	体型	やせ気味・普通・太め		眼鏡
	その他	(行きつけの場所・持ち歩くもの・愛称 など)		
徘徊歴	有・無 → 「有」の場合発見場所:			

写真を貼ってください。
(できるだけ実際の登録者本人に近いもの)

2. 申請者情報 (家族等)

ふりがな			続柄	
氏名				
住所				
電話番号	(携帯)	— —	(自宅)	— —
申請者以外の 緊急時連絡先 (日中連絡が つくところ)	ふりがな			
	氏名			
	続柄			
	住所			
電話	(携帯)	— —	(自宅)	— —
上記の情報を、池田警察署及び池田市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業協力事業者等に提供することに同意します。 <input type="checkbox"/>				

↑
☑がないと登録できません