

上富田町高齢者安心サポート事業登録申請書

年 月 日

上富田町長 あて

（申請者）住 所
氏 名
電話番号
対象者との関係 （ ）

上富田町高齢者安心サポート事業の利用について、下記の通り申請します。

対象者	氏名		性別	
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		
	住所	上富田町		
	電話番号			
登録情報について関係機関への情報提供に同意します。				
同意者氏名 (対象者との続柄)				
印				

- 見守りのための情報提供範囲の選択
- 管轄の警察署及び消防署
 - 社協・町内介護事業所
 - 民生委員

交付番号

別記第5号様式（第5条関係）

上富田町高齢者安心サポート事業登録情報シート

登録日 年 月 日

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	血液型	(RH +・-)
住所	上富田町 電話番号		
本人の 状況	身長： cm	体重： kg	姿勢：
	頭髪：	眼鏡： 有・無	体格： 太め・普通・痩せ
	移動手段： 徒歩 自転車（色など： ） シルバーカー・杖（色・柄など： ）		
	特記事項 ※行きつけの場所・持ち歩く物・徘徊歴		
	現病歴	病名：	
	主治医：		TEL
要介護認定 状況	・要支援（ ） ・要介護（ ）	担当ケアマネジャー氏名：	連絡先：

緊急 連絡先	1	ふりがな 氏名		本人との関係		
		連絡先	住所：	TEL（自宅）：		
			TEL（携帯）：	TEL（勤務先等）：		
	2	ふりがな 氏名		本人との関係		
		連絡先	住所：	TEL（自宅）：		
			TEL（携帯）：	TEL（勤務先等）：		
	3	ふりがな 氏名		本人との関係		
		連絡先	住所：	TEL（自宅）		
			TEL（携帯）：	TEL（勤務先等）：		

○特記事項 保護時に注意してもらいたいこと等あればご記入ください。

※本人の写真を添付してください。（全身が写ったもの）