

第4号様式（第6条関係）

下條村高齢者等見守りネットワーク（行方不明SOS情報）事前登録届

年 月 日

次のとおり、認知症のおそれがあるため事前登録の申出をいたします。

なお、本人が行方不明等になったときは、見守り協力事業者等に情報提供することに同意します。

届出者：氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄： \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_（ ）

住所 \_\_\_\_\_

認知症専用保険への加入(○を付けてください。) 希望する(自己負担金 6,900 円必要です。) ・ 希望しない

本人の状況	フリカナ		性別	家族構成図（主介護者等）		
	氏名		男・女			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）				
	住所		TEL			
	介護支援専門員	事業所名： （担当： ）		TEL		
	主治医	医療機関名： （ 先生）		TEL		
	病名等					
	認知症歴 発見場所					
	特徴	身長：	cm	姿勢：		
		体重：	kg	体格；	太っている・ふつう・やせている	
頭髮：			眼鏡：	有 ・ 無		
特記事項：*出身・実家、職業、行きつけの場所、愛称、持ち歩く物						
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等*					
連絡先 1	氏名：	続柄（ ）	TEL：	（ ）		
連絡先 2	氏名：	続柄（ ）	TEL：	（ ）		
連絡先 3	氏名：	続柄（ ）	TEL：	（ ）		

1 本人の特徴の分かる写真等を提出してください。

2 事前登録書届は、高齢者等見守りネットワーク以外の目的に使用することはありません。

3 届出事項の内容に変化が生じた場合（特徴、寝たきり、転居等）はご連絡ください。