

様式第1号（第3条関係）

幸田町認知症高齢者等事前登録申請書

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者 住所

氏名

電話番号

次のとおり幸田町認知症高齢者等事前登録を申請します。

1 登録者

ふりがな 氏名			旧姓	
			氏名以外の呼称	
生年月日	年 月 日（ 歳）		性別	男 ・ 女
住 所				
電話番号	自宅	（ ）	GPS機能（有・無）	
	携帯	（ ）		

2 登録者が行方不明となった場合には、次の順に連絡してください。

連絡先1

ふりがな 氏名		登録者との関係	
住 所			
電話番号	自宅	（ ）	
	携帯	（ ）	

連絡先2

ふりがな 氏名		登録者との関係	
住 所			
電話番号	自宅	（ ）	
	携帯	（ ）	

様式第2号（第3条関係）

幸田町認知症高齢者等事前登録票及び同意書

年 月 日現在

登録者	ふりがな		旧姓	
	氏名		氏名以外の呼称	
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
	住所			
身体の特徴	電話番号	自宅 () 携帯 ()	GPS機能 (有・無)	
	体格 (小柄・大柄・やせ・中肉中背・肥満)	疾病又は障害の症状		
	身長 cm・体重 Kg			
	髪型・髪色 ()	かかりつけ医		
認知症の症状	氏名	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 旧姓で答える <input type="checkbox"/> 答えられない		
	住所	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 一部 (市町村、番地等) で答える <input type="checkbox"/> 答えられない		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 時々誤る <input type="checkbox"/> 答えられない		
	家族等の氏名	<input type="checkbox"/> 答えられる (家族等の氏名) <input type="checkbox"/> 時々誤る <input type="checkbox"/> 答えられない		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 旧姓で答える <input type="checkbox"/> 答えられない		
	記憶力	<input type="checkbox"/> 直前のことも忘れる <input type="checkbox"/> 前日のことは忘れる <input type="checkbox"/> 内容による		
	繰り返し話す内容			
<p>私は、登録者 _____ に関する次の事項について、同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 幸田町において認知症高齢者等として登録され、この登録票に記載した事項を管理されること。</p> <p><input type="checkbox"/> 行方不明になった場合には、この登録票に記載した事項が、消防本部、警察署、地域包括支援センターその他の行政機関に提供されること、及び防災行政用無線局により町全域に一斉通信され、かつ、こうしたタウンメール登録者に配信されること。</p> <p><input type="checkbox"/> 捜索、発見、保護時等において、医療機関、介護事業所その他の関係機関と連携を図る必要がある場合には、この登録票に記載した事項がその関係機関に共有されること。</p> <p>年 月 日 家族等の氏名 _____ (登録者との関係 _____)</p>				

備考

- 1 登録者が行方不明となった場合に確認できるよう、詳しくお書きください。
- 2 記載した事項に変更があった場合または登録を抹消しようとする場合には、届け出てください。

全
身
写
真

撮影 年 月頃

顔
写
真

撮影 年 月頃