

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

長久手市行方不明高齢者保護ネットワーク事業登録票

申請者氏名		本人との続柄	
申請者住所			
連絡先	氏名		
	電話	自宅	— —
		携帯	— —

本人の状況

ふりがな 氏名			
性別	男・女	旧姓	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所 (過去の居住先・出身地)	長久手市 ( )		
行動の特徴	立ち寄り先等		
利用中の介護サービス			
担当の地域包括支援センター 又は居宅介護支援事業所			
写真添付	特 徴	身長・体重	c m位・ k g位
		体格	
		頭髪	ある 色 ( )・ない
		メガネ	
		くせ	
		名前	言える ・ 言えない
		住所	言える ・ 言えない
		電話番号	言える ・ 言えない
その他			

情報提供にかかる同意

上記の情報を緊急時に長久手市役所関係課及び愛知警察署等への協力機関へ提供することに同意します。

年 月 日 同意者

印 (本人との続柄 )