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

ふりがな		本人との続柄	
申請者氏名			
申請者住所			
電話番号	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
現住所	長久手市		
過去の居住先・出身地			
よく行く場所			
行方不明歴	あり（　　回／発見場所　　） なし		
担当の地域包括支援センター	□　社会福祉協議会地域包括支援センター （長久手小校区、北小校区、東小校区） □　たいようの杜地域包括支援センター （西小校区、南小校区、市が洞小校区）		
介護保険認定	あり（要支援・要介護　　）　・　なし		
認知症の診断	あり　・　疑い　・　なし		
探索装置　GPS 等	あり　（　　） なし		

裏面へ続く

<table>
<tr><td>利用中の介護サービス
（該当するものに☑）</td><td colspan="3">☐　居宅介護支援事業所
（担当ケアマネジャー：　　）
☐　訪問介護（ホームヘルパー）
☐　通所介護（デイサービス）
☐　訪問リハビリテーション
☐　訪問入浴
☐　ショートステイ
☐　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="9">写真添付</td><td rowspan="9">特

徴</td><td>身長・体重</td><td>ｃｍ位・　　ｋｇ位</td></tr>
<tr><td>体格</td><td></td></tr>
<tr><td>頭髪</td><td></td></tr>
<tr><td>メガネ</td><td></td></tr>
<tr><td>くせ</td><td></td></tr>
<tr><td>名前</td><td>言える　・言えない</td></tr>
<tr><td>住所</td><td>言える　・言えない</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>言える　・言えない</td></tr>
<tr><td>その他</td><td></td></tr>
</table>

情報提供にかかる同意

○　上記の情報を高齢福祉担当課、長久手市地域包括支援センター、愛知警察署へ提供することに同意します。

○　上記の情報を緊急時に長久手市役所関係課及び協力機関へ提供することに同意します。

申請者署名又は記名

年　　月　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿