様式第１号（第６条関係）

丸森町認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　丸森町長　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　（対象者との関係　　　　　　　　　　　　　）

　事業を利用したいので、丸森町認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | ふりがな | 男・女 | 生年月日 | 　　年　月　日生（　　　　歳） |
| 対象者住所 |  | 電話番号 |  |
| 外出状況 | □外出し帰宅できないことがある　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 外出頻度 | □ほとんど毎日　　　□週に１～２回　　　□月に１～２回 |
| 医療の状況 | かかりつけ医（氏名）　　　　　　　　（医療機関名） |
| 過去の病歴 |
| 介護保険の状況 | □未申請　　　□申請中　　　□非該当　　　□要支援１　　□要支援２□要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５ |
| ケアマネジャー（氏名）　　　　　　　（事業所） |
| 障害者手帳等 | 　無　・　有（　　　　　　　　手帳　［　　種］ ［　　級］ ［Ａ・Ｂ］） |
| 備　考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【裏面あり】

<緊急連絡先>（２名以上の記載を原則とする）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡順位１ | 氏名 | ふりがな | 男・女 | 対象者との関係 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急時の駆けつけ　　□可能・条件により可能　　　□不可 |
| 上に記載の私に関する個人情報について、受診センター、警察署その他の関係機関に情報提供されることに同意します。　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 連絡順位２ | 氏名 | ふりがな | 男・女 | 対象者との関係 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急時の駆けつけ　　□可能・条件により可能　　　□不可 |
| 上に記載の私に関する個人情報について、受診センター、警察署その他の関係機関に情報提供されることに同意します。　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 連絡順位３ | 氏名 | ふりがな | 男・女 | 対象者との関係 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急時の駆けつけ　　□可能・条件により可能　　　□不可 |
| 上に記載の私に関する個人情報について、受診センター、警察署その他の関係機関に情報提供されることに同意します。　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |

緊急連絡先に親族又は後見人が含まれない場合に記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 親族又は後見人の氏名 | 住所 | 電話番号 | 対象者との関係 |
|  |  |  |  |

緊急時（保護時等）の対応について、注意すべきことがあればご記入ください。