

小金井市見守りシール（新規・変更）登録届

年 月 日

(宛先) 小金井市長

 新規

次のとおり登録の申出をします。なお、登録情報については、警察署・地域包括支援センター・市の委託事業者に情報提供を行うことに同意します。

また、小金井市見守りシールを利用するに当たり、市の委託事業者に申請する手続を市に委任します。

 変更

登録事項に変更が生じたため、次のとおり申し出ます。

(申請者) ※家族等

(ふりがな) 氏 名		続柄 ()	電 話	— —
住 所	〒 —			

(本人情報) ※徘徊のおそれのある高齢者

(ふりがな) 氏 名		性 別	
		生年月日	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 呼 び 名		電 話	— —
住 所	〒 —		

該当するものにチェック（複数回答可）

- 認知症の確定診断が出ている。
- 過去に徘徊をしたことがある。
- 「認知症高齢者の日常生活自立度」^{※1}がⅡa以上である。
- 今後、認知症について受診を検討している。
- その他 ()

※1 認知症の方に係る介護の度合いを分類したもの。Ⅱa以上は日常生活に支障を来すような症状

要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護 ()・ <input type="checkbox"/> 要支援 ()・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 未申請			
同 居 家 族	<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 子・ <input type="checkbox"/> 子の配偶者・ <input type="checkbox"/> 孫・ <input type="checkbox"/> その他 ()・ <input type="checkbox"/> 一人暮らし			
行きそうな場所				
居宅介護事業者	事業所名		電 話	— —
備 考				

(緊急連絡先の登録状況) ※緊急連絡先になられる方には、必ず緊急連絡先となる同意を得た上で御記入下さい。

緊急連絡先① (1番目に連絡がいく方)	氏名	続柄 ()	電 話	— —
緊急連絡先② (2番目に連絡がいく方)	氏名	続柄 ()	電 話	— —
申込者以外の 緊急連絡先 (いなくても可)	氏名	続柄 ()	電 話	— —
	氏名	続柄 ()	電 話	— —

※事務処理欄

受 付 日	年 月 日 【担当】	決 定 日	年 月 日 【担当】
-------	------------	-------	------------