

様式第4号（第5条関係）

年　月　日

(宛先) みよし市長

みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業登録情報変更申請書

みよし市認知症高齢者等あんしん補償事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、登録情報を変更したいので、次のとおり申請します。

申込者氏名		登録者との続柄	
住 所			
連 絡 先			

変更したい登録情報を御記入ください。※欄は、必ず御記入ください。

登録者の状況	※ふりがな				
	※氏 名				
	※生年月日	年 月 日			
	※住 所	みよし市			
	※電話番号				
	特 徴	身長： cm	体重： kg		
		体型： <input type="checkbox"/> 太め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせ気味	眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		その他（歩行状態、よく出かける場所、持ち歩くもの等）			
	病名・症状				
特記事項	対応や保護時に注意してほしいこと等				
居宅介護支援事業所情報	事業所名				
	担当ケアマネジャー				
※緊急連絡先①	氏名： (続柄：)	電話番号（携帯） (自宅)			
※緊急連絡先②	氏名： (続柄：)	電話番号（携帯） (自宅)			
登録者の実家	県 市	車両情報	車種/色		
			番号		