第４号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　みよし市長　様

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 |  | | | | | | 男  女 |
| ※氏名 | |  | | | | |
| ※生年月日 | | 年　　月　　日 | | | ※年齢　　　　歳 | | |
| ※住所 | | みよし市 | | | | | |
| ※電話番号 | |  | | | | | |
| 特徴 | | 身長：　　　　　　　　　　cm | 体重：　　　　　　　　　　kg | | | | |
| 体型：太め・普通・やせ気味 | 眼鏡：　　　有　　・　　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・症状等 | |  | | | | | |
| 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  電話番号 | | | | | |
| 緊急連絡先① | | | 氏名：  　　（続柄：　　　） | | 電話番号（日中）  　　　　（夜間） | | | |
| 緊急連絡先② | | | 氏名：  　　（続柄：　　　） | | 電話番号（日中）  　　　　（夜間） | | | |
| 登録者の実家 | 住所 | |  | | 車両情報 | 番号 |  | |
| 車種 |  | |
| 色 |  | |