ＳＯＳ白浜　登録申請書　（ 新規 ・ 更新 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　白浜町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象高齢者（本人） |  |  | 男・女 | 生年月日 | 　　 年 　月 　日生　　 　　(　 　歳) |
| 住所 |  | 電　話 |  |
| 特　　徴 | 身長：　　　　　ｃｍ ／ 体重：　　　　ｋｇ ／ 頭髪：視力　（ 普通 ・ 見えづらい ・ 全盲 ）聴力　（ 普通 ・ やや聞き取りにくい ・ 難聴 ）ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　（ 普通 ・ やや取りづらい ・ 取れない ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 道に迷ったこと | 有・無　状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）主治医名　（　　　　　　　　　　）　℡ |
| 病名 |  |
| 担当ケアマネ | 居宅介護支援事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）ケアマネージャー名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| その他 | ※関わる中での注意点、日頃の呼び名など |

行方不明時の捜索情報として、ＳＯＳ白浜登録情報について、関係機関に提供することを同意します。

　申請者　　　　　　　　　　　　印