

大阪市認知症高齢者等見守りネットワーク事業 登録・変更・抹消 申請書

大阪市長 様

事業内容について了解の上、以下の通り申請します。

☐ 登録 ☐ 変更 ☐ 抹消 変更抹消の理由 ()

管理番号

申請日

年

月

日

登 録 者 情 報 提 供 項 目	ふりがな			性別	生年月日		年齢
	氏名						
	旧姓			愛称・呼び名			
	住所	〒	-	区・町名		丁目・番地以降	
		大阪市					
	身長	cm	体重	kg	電話番号		
	体格	<input type="checkbox"/> 太め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせ型			携帯番号		
	頭髮			眼鏡	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯
	持ち物				<input type="checkbox"/> 二世帯 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他		
	その他身体的特徴				家族構成図		
	<input type="checkbox"/> 氏名が言える <input type="checkbox"/> 住所が言える						
	よく行く場所・保護歴						
	特記事項						
	要介護度	<input checked="" type="radio"/> 要支援1 <input type="radio"/> 要支援2 <input type="radio"/> 要介護1 <input type="radio"/> 要介護2 <input type="radio"/> 要介護3 <input type="radio"/> 要介護4 <input type="radio"/> 要介護5					
認知症日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M						
利用サービス							

申請者 ☐ 本人 ☐ 代行申請

申 請 者	ふりがな			続柄		
	氏名			所属		
	住所	〒	-	電話番号		
				携帯番号		

発見連絡先 ☐ 申請者に同じ ☐ 以下の連絡先

発 見 連 絡 先 ①	ふりがな			続柄		
	氏名			所属		
	住所	〒	-	電話番号		
				携帯番号		
発 見 連 絡 先 ②	ふりがな			続柄		
	氏名			所属		
	住所	〒	-	電話番号		
				携帯番号		

登録者が行方不明になった時には

① 警察署に行方不明届の提出をお願いします。

届けは、登録者または申請者（届出者）の住所を管轄する警察署か、登録者が行方不明になった場所を管轄する警察署で出すことができます。

② 警察署に行く際に以下を用意しておくとお手続きの助けになります

- ・ 登録申請書（この用紙）
- ・ 登録者（行方不明者）と申請者の身元がわかるもの（健康保険証・免許証・介護保険証など）
- ・ 登録者の当日の服装や所持品、移動手段の情報
- ・ できるだけ最近の写真

③ 届けを出されましたら申請された区の見守り相談室へ来所もしくはお電話ください

北区見守り相談室 電話番号 0 6 - 6 3 1 3 - 5 5 6 7

見守り相談室 処理欄

受付日		受付者		シールNO	
写真	<input type="checkbox"/> 配信不可	<input type="checkbox"/> 配信可		撮影日	
見守りシール配付日				アイロンシール配付日	
本人確認	<input type="checkbox"/> 本人	確認証明			
	<input type="checkbox"/> 申請者	確認証明			

経過記録