第1号様式（第4条関係）

年　　月　　日

津久見市認知症見守り緊急ネットワーク事前登録申請書・同意書

津久見市長　　様

申請書　住 所
氏 名
（本人との続柄　　）
電話番号

津久見市認知症見守り緊急ネットワーク実施要綱第4条に基づき、津久見市認知症見守り緊急ネットワークの登録を申請します。

登録者の状況	ふりがな		性別	男　・　女
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
	住　　所			
	世帯構成	□ ひとり暮らし　□ 高齢者夫婦世帯　□ 高齢者のみ世帯 □ 日中独居　□ その他		
	要介護度	□ なし　□ 申請中 □ あり（ 要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５ ）		
	介護保険サービス	□ 利用なし □ 利用あり　担当居宅介護支援事業所（　　） 利用サービス内容（　　）		
	主治医	医療機関名　　医師名		

緊急連絡先	1番目	氏　　名	（続柄　　）		
		住　　所			
		電話番号		携帯電話	
	2番目	氏　　名	（続柄　　）		
		住　　所			
		電話番号		携帯電話	
	3番目	氏　　名	（続柄　　）		
		住　　所			
		電話番号		携帯電話	

登録内容について、津久見幹部交番及び津久見市認知症見守り緊急ネットワーク協力機関に情報提供を行うことにについて同意します。

津久見市長が登録者の早期発見のために必要と認めた時は、捜索支援者等に対し登録情報を提供することに同意します。

申請者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿