

認知症高齢者等事前登録申請書

記入日 年 月 日

私は、次の情報を春日市に登録し、登録した全ての情報を春日警察署、社会福祉法人春日市社会福祉協議会、市内に所在する全ての地域包括支援センターに提供することに同意します。

また、転出、死亡、その他の理由により登録する必要がなくなったときは、この登録を取消すことに同意します。

申請者	フリガナ			
	氏名			
	本人との関係	本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ 姪甥 ・ その他（ ）		
	住所			
連絡先	自宅（ ）－（ ）－（ ） 携帯（ ）－（ ）－（ ） 電子メールアドレス（ ）			
本人情報	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所	春日市		
	連絡先	自宅 092－（ ）－（ ） 携帯（ ）－（ ）－（ ） 電子メールアドレス（ ）		
	世帯区分 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一人世帯 <input type="checkbox"/> 二人以上の高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 二人以上の障がい者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 二人以上のその他の世帯		
	身長	cm	体型	
	髪型	色（ ） 長さ（ ）	眼鏡	有 ・ 無 特徴（ ）
	その他の特徴			
	写真	※ 本人の写真を、次のいずれかの方法により提出してください。 <input type="checkbox"/> 写真を持参（この用紙に貼らずに、写真の裏に本人氏名を記入して提出してください。） <input type="checkbox"/> 電子メールにて送付（ kourei@city.kasuga.fukuoka.jp ）		
保護時など対応に注意する必要がある事項				
申請者以外の緊急連絡先	フリガナ			収受印
	氏名			
	本人との関係	本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ 姪甥 ・ その他（ ）		
	住所			
	連絡先	自宅（ ）－（ ）－（ ） 携帯（ ）－（ ）－（ ） 電子メールアドレス（ ）		
事務局使用欄	シール交付方法 <input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送	シール番号		

※ 申請者以外の緊急連絡先の方への登録情報の提供に係る同意の確認は、申請者の方が行ってください。記入内容については、申請者以外の緊急連絡先の方の同意があるものとして、取り扱わせていただきます。