

様式第1号（第 条関係）

大田原市高齢者等在宅サービス利用申請書

年 月 日

大田原市長 様

（申請者）住 所
氏 名

次の事業について利用を申請します。

生活支援ホームヘルプサービス事業	高齢者給食サービス事業
高齢者日常生活用具給付等事業	高齢者軽度生活援助事業
寝具洗濯乾燥消毒サービス事業	高齢者等外出支援事業
高齢者等訪問理美容サービス事業	緊急通報装置貸与事業

※希望する事業に○を付けてください。

		被保険者番号					
対象者等及びその状況	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名						
	住所	大田原市		電 話	()		
	ひとり暮らし ・ 高齢者のみの世帯 ・ その他 ()						
	要介護認定等	有・無	認定区分				
	身障手帳	有・無	種 級				
	療育手帳	有・無					
	精神手帳	有・無	級				
	世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
				年 月 日			
			年 月 日				
			年 月 日				

※生計の中心者の氏名を○で囲んでください。

(裏面へ)

(裏面)

◎生活支援ホームヘルプサービス事業

希望するサービスの内容					
1 調理 2 衣類の洗濯、補修 3 住居等の掃除、整理整頓 4 生活必需品の買物 5 その他(具体的に)					
利用希望 開始日	月 日	1週間当たり の派遣回数	回	1回当たり の派遣時間数	時間

◎高齢者給食サービス事業

利用希望開始日	月 日	利用希望曜日	曜日
利用者不在時 等の連絡先	住所		電話
	氏名		続柄

◎高齢者日常生活用具給付等事業

希望する 用具	給付	電磁調理器 ・ 火災報知器 ・ 自動消火器
	貸与	高齢者用電話

◎高齢者軽度生活援助事業

希望する 主な 内容	1 外出、散歩の付添いなどの外出時の援助 2 宅配の手配、食事や食材の確保 3 除草作業、庭木の手入れ等の家周りの手入れ 4 蛍光灯等の交換、家屋の軽微な修繕・修理 5 家屋内の整理整頓 6 雪下ろし、除雪 7 台風時等自然災害への防備 8 朗読、代筆などの多少目が不自由な者に対する援助 9 寝具類等大物の洗濯、日干し、クリーニング時等の搬出入 10 その他(具体的に)
------------------	--

◎寝具洗濯乾燥消毒サービス事業

利用希望開始日	月 日
---------	-----

◎高齢者等外出支援事業

利用希望開始日	月 日	車椅子の使用	有 ・ 無	添乗員	有 ・ 無
通院先				通院頻度	

提出代行者 _____

介護予防アセスメント項目

基本項目	訪問年月日	年 月 日 (回) 訪問者氏名
	受付経路	本人・家族・高齢支援係・福祉事務所・在宅介護支援センター 医療機関・民生委員・近隣者・その他 ()
	対象者	氏 名 _____ 性 別 男・女 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日生 _____ 歳
	緊急連絡先	① 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話 (自宅) _____ (携帯) _____
		② 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ 電話 (自宅) _____ (携帯) _____
	聞き取り相手	本人・家族 (続柄 _____) ・他 (_____) 氏名
	相談内容	(_____)
	経済状況	家族からの経済的援助 1. あり (_____) 2. なし 対象者の収入 _____ 年金 (_____) ・その他 (_____) 対象者の収入月額 (_____ 円) [経済的問題: _____]
運転免許証	1. あり (本人 ・ 配偶者 ・ 家族 _____) 2. なし	
家族状況	家族構成	1. 単身 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他 (_____)
	住宅形態	一軒屋 (平屋・ _____ 階建) 集合住宅 (平屋・ _____ 階建 _____ 階)
健康管理状況	治療状況	1. 治療している かかりつけ医① (_____) 通院 (定期 ・ 不定期) _____ 病名 (_____) 通院回数 (_____ 回/月・週) _____ 通院方法 (_____) かかりつけ医② (_____) 通院 (定期 ・ 不定期) _____ 病名 (_____) 通院回数 (_____ 回/月・週) _____ 通院方法 (_____) 2. 治療していない
	服薬の状況	定期服薬 1. あり (降圧剤 ・ 睡眠剤 ・ 精神安定剤 ・ その他 _____) 2. なし 服薬管理 1. 一人でできる 2. 一部介助 3. できない
	既往歴	1. あり (_____) 2. なし
	栄養状態	食欲 1. あり 2. なし 栄養状態 1. 充足 2. 不足 (_____) 時間帯 1. 規則的 2. 不規則 (_____) 身長 _____ c m 体重 _____ k g

健康管理状況	視力	1. 支障なし 2. 支障あり ()		
	聴力	1. 支障なし 2. 支障あり ()		
	嗜好	喫煙 1. なし 2. あり (本/日) 飲酒 1. なし 2. あり (ほぼ毎日・週 回・月 回)		
生活状態	1	1人で外出していますか (徒歩・自転車・バイク・自動車・バス・タクシー・電車)	はい	いいえ
	2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ
	3	家事(食事・洗濯・清掃など)は自分で行っていますか	はい	いいえ
	4	火気の取扱いに不安はありますか	はい	いいえ
	5	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	6	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
	7	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
	8	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
	9	自宅に友人や親族等が訪ねてきますか	はい	いいえ
	10	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
	11	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	はい	いいえ
	12	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	はい	いいえ
	13	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
	14	この1年間に転んだことはありますか	はい	いいえ
	15	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
	16	6ヵ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
	17	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
	18	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
	19	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
	20	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい	いいえ
	21	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ
	22	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
	23	緊急時の連絡方法に不安はありますか	はい	いいえ
特記事項	家族構成図(必要に応じ記入)			

大田原市高齢者等在宅サービス利用者連絡票

年 月 日

高齢者等在宅サービス利用者について、次のとおり連絡します。

対象者	氏名		被保険者番号		
	住所	大田原市	男・女	生年月日	年 月 日
利用中のサービス	住 所	大田原市		電 話	()
	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 日常生活用具（福祉電話） <input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒 <input type="checkbox"/> 軽度生活援助 <input type="checkbox"/> 訪問理美容 <input type="checkbox"/> 外出支援事業 <input type="checkbox"/> 通院等タクシー <input type="checkbox"/> 緊急通報装置				
連絡事項	1 停止又は休止				
	理由	入院・入所・転出・死亡・その他 ()			
	病院等名	()			
2 再開	日付	(年 月 日から)			
3 その他	理由	()			
	日付	(年 月 日から)			
	()				

連絡者	対象者との関係	
	氏名	
	電話番号	

送付先：大田原市高齢者幸福課高齢支援係
TEL 23-8740 / FAX 23-4521

登録番号（市記載）

様式第1号の2（第4条関係）

大田原市緊急通報装置貸与者等登録申請書兼同意書

大田原市長 様

大田原市緊急通報装置貸与事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり貸与者等の登録を申請します。併せて登録情報を那須地区消防本部、居住区域の民生委員及び社会福祉法人大田原市社会福祉協議会（安心生活見守り事業担当）に提供することに同意します。

申 請 者	フリガナ 氏 名		申請年月日	年 月 日
	住 所		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	年 齢	
	電話番号		血液型	
	備考(既往歴・自宅目標・同居者等を記載)			

◆緊急連絡先(親族等)

フリガナ 氏 名	※自署してください。	関 係	
住 所			
電話番号			

上記申請者の登録申請に当たり、緊急連絡先に関する者として上記の情報を那須地区消防本部、居住区域の民生委員及び社会福祉法人大田原市社会福祉協議会（安心生活見守り事業担当）に提供することに同意します。

(裏面へ)

●協力員(ご近所の方など、緊急時に駆け付けられる方を記載してください。)

協力員①	フリガナ 氏 名		関 係	
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	住 所		駆付時間	
	電話番号			
協力員②	フリガナ 氏 名		関 係	
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	住 所		駆付時間	
	電話番号			
協力員③	フリガナ 氏 名		関 係	
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	住 所		駆付時間	
	電話番号			

■医療機関(極力、受診歴があり夜間対応可能のところを記載してください。)

医療機関①	名 称		診 療 科	
	住 所		主 治 医	
	電話番号		夜間対応	有・無
医療機関②	名 称		診 療 科	
	住 所		主 治 医	
	電話番号		夜間対応	有・無

大田原市 緊急通報装置貸与事業 協力員の方へ

緊急通報装置はひとり暮らしの高齢の方や慢性的な病気の方が自宅に設置するもので、24時間にわたり室内を動くなどの生活反応が確認できない時、室内の出火を感知した時、緊急ボタンを押した時などに、情報センターに「緊急通報」が入り、利用者本人の安否確認をするものです。

1 協力員とは

利用者の親族（緊急連絡先）が遠方に住むなど、何かあってもすぐに駆け付けられない場合に、利用者の自宅に出向き状況を確認し必要な措置をとることができる方に「協力員」になっていただいています。

無償のボランティアですので、無理にお願いするものではありません。

また、協力員となっても、協力できない時間帯や協力できない場合に無理をして協力する必要はありません。（親族やほかの協力員、委託業者、市役所等も体制に含まれています）

2 協力員さんをお願いしたいこと

利用者の「緊急通報」が発動されると、すぐに情報センターが音声で利用者の様子を確認します。主に、

- ①誤報（まちがってボタンを押した・ペットのいたずら 等）
- ②利用者の応答がない
- ③うめき声だけ聞こえる
- ④「救急車を呼んでほしい」

などが想定されます。①の場合はそれで終了となりますが、②③④の場合は、協力員の方に、利用者のお宅を訪問する、利用者が庭や畑に出ていないか確認する、救急車到着まで利用者に立ち会う等をお願いをすることがあります。

3 特記事項

- (1) 協力の依頼があっても、外出の場合や電話に出られないなどの場合は無理して協力する必要はありません。
- (2) 本人に無断で（許可無しに）家屋内に入りますと、法に触れる場合があります。本人がいるかいないか不明の場合は、外や庭に出ていないか確認する・ドアや窓をノックする・チャイムを鳴らす・隙間から呼びかける等にとどめましょう。
- (3) 本人が協力を求めている時や判断に迷う時などは、情報センター等が「どのような協力が必要か」説明します。

大田原市高齢者幸福課 0287-23-8740

様式第1号

市長	副市長	部長	課長	係長	係	公印使用承認印
受理		番号		承認日		
年	月	日	—	年	月	日

年度 大田原市高齢者等外出支援事業 利用券追加交付依頼書

大田原市長

様

年 月 日

依頼者 住所 大田原市
氏名

居宅介護支援事業所等名	外出支援登録番号	今年度実績(※市記入)
ケアマネジャー等氏名	外出支援登録日	回(往復)
	年 月 日	※ 月末時点

通院状況分析表に基づき利用券の追加交付を依頼いたします。

通院状況分析表

通院医療機関名	科名・疾病名・初診年月日等	頻度 (書き方は任意でよい)	必要往復枚数 (不足分ではなく年間あたりの必要枚数を記入)
			往復 枚
			往復 枚
			往復 枚
			往復 枚
			往復 枚
備考(家族支援状況等)			よって年間 計往復 枚 必要である

※1 既交付分と併せた単年度総交付上限は153往復分となります。

※2 外出支援追加交付依頼日により、日割り計算を適用しています。

様式第1号（第6条関係）

大田原市高齢者通院等タクシー利用券交付申請書

年 月 日

大田原市長 様

申請者 住 所 大田原市

氏 名

電話番号 - -

大田原市高齢者通院等タクシー事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

利用者氏名	
生年月日	年 月 日
年 齢	歳
備 考	

私は、大田原市高齢者通院等タクシー利用券交付申請に伴う要件審査のため、住民基本台帳の記載事項、介護保険に関するサービス受給状況、身体障害者手帳及び療育手帳の所有状況、市税滞納状況等について市が調査することに同意いたします。

氏 名

※自署してください。

※市使用欄

個人コード：

登録番号	確認印	要介護認定等	なし・あり（ ）
		手帳所有状況	なし・あり（ ）
		市税滞納状況	なし・あり（ ）

受理	年 月 日	年 月 日	決 裁	課 長	係 長	係
番号		認定（支給開始 月分から） 却下（理由）				

ねたきり高齢者等介護手当認定申請書

年 月 日

大田原市長 様

申請者 { 住 所 大田原市
氏 名
(介護者) { 電話番号 ()

ねたきり高齢者等介護手当を支給されたく次のとおり申請します。

				被保険者 番号		
ね た き り 高 齢 者 等	氏 名		男・女	生年月日	年	月 日
	住 所	大田原市			電話 ()	
	要介護区分	要介護4・要介護5		要介護認定日	年	月 日
	身障手帳	種 級		療育手帳	A1 ・ A2	
	障害の状況及び日常生活の状態 (身体障害者・知的障害者のみ記入してください)		1 障害の状況（具体的に記入してください。） 2 その他（具体的に記入してください。） * 該当するところに○印をつけてください。 1 常時介護がなければ食事ができない。 2 入浴できないので常時拭くのみである。 3 常時他の介護がなければ入浴できない。 4 常時おむつ又は差込み便器を使用している。 5 常時他の介護がなければ、便所に行くことができない。 6 その他（具体的に記入してください。）			
介 護 者	ねたきり高齢者等との続柄			男・女	職 業	
	生年月日	年 月 日				
	振 込 先	金融機関名	(支店名)		(普通・当座)	
		フリガナ			口座番号	
口座名義						

この用紙は、ねたきり高齢者の方が、老人保健施設等への入所及び退所、病院への入院（16日以上）及び退院、その他受給要件を満たさない状態となった場合に提出してください。
特に、退所、退院の場合は必ず提出してください。

様式第4号（第5条関係）

ねたきり高齢者等介護手当受給資格（変更・喪失）届

年 月 日

大田原市長 様

住所 大田原市

受給者
(介護者) 氏名

ねたきり高齢者等介護手当を受給していましたが、次のとおり（変更・喪失）
しましたので届出ます。

受給者 住 所	新	大田原市		電話番号 ()		
	旧	大田原市		電話番号 ()		
受給者 の変更	新	住 所		電話番号 ()		
		氏 名		ねたきり高齢者等との続柄		
		金 融 機 関 名		支店名		
		種 類	普通 ・ 当座	口座 番 号		
	旧	住 所				
		氏 名				
変更理由						
資 格 変 更 喪 失 理 由	ねたきり高齢者等の氏名		被保険者番号			
	・〔 () 〕入院中・〔 () 〕に入所(短期) ・死亡 ・その他 (退院, 介護度変更など ())					
変更・喪失年月日		年 月 日				
処 理	受給者番号 ()		決 裁	課 長	係 長	係
	年 月 日					

様式第1号（第7条関係）

リフト付き自動車利用申請書

年 月 日

社会福祉法人大田原市社会福祉協議会長 様

申請者 { 住 所
氏 名 ⑩
電話番号
(利用者との続柄・)

次のとおりリフト付き自動車を使用したいので、申請いたします。

利用者氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)
利用者 住所・電話番号	大田原市 (電話： - -)		
利用者の状態	寝たきり・車いす利用・その他		
運転者氏名 住所・電話番号	氏名： 住所： (電話： - -) 運転免許証番号： (利用者との関係)		
介護者氏名 住所・電話番号	氏名： 住所： (電話： - -)		
利用目的	通院・その他 ()		
行き先	住所： 建物名：		
利用期間	年 月 日 (曜日) ~ 年 月 日 (曜日)		

※運転者の免許証の写しを添付して下さい。

(貸出当日の社協への来訪予定時間 時 分頃)

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

社会福祉法人大田原市社会福祉協議会長 様
申請者住所
団体名
氏名（代表者）
電話番号

社協車両（軽トラック）利用申請書

次のとおり、社協車両（軽トラック）を利用したいので申請します。

利用目的		
利用日時	年 月 日（曜日） 時 分から 時 分まで	
運行計画 （主な経路）		
運転者名	氏名	
	住所	
	電話	

※ 運転者の免許証の写しを添付してください。

様式第1号（第4条関係）

日常生活用具使用許可申請書

年 月 日

社会福祉法人大田原市社会福祉協議会長 様

申請者 { 住 所
氏 名
電話番号
(利用者との続柄・)

次のとおり日常生活用具を使用したいので、申請いたします。

日常生活用具	1. 車いす (No.) 2. その他 (No.)		
使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用者氏名	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)	
利用者住所			
利用者の状態	1 身体の状態 2 介護の状態 介護認定有り：要支援1・2、要介護1 介護認定無し		

No. _____

返却日	年 月 日
-----	-------

様式第1号（第4条関係）

大田原市高齢者等紙おむつ等給付申請書

大田原市長 様

紙おむつ等の給付について、次のとおり申請します。なお、紙おむつ等の給付申請に係る審査のため、次の5及び7に関する私の状況について、市が調査することに同意します。

氏名		性別	男 ・ 女	申請年月日	年 月 日
				生年月日	年 月 日
住所	〒 大田原市			電話番号	
1	申請時点での在宅の有無 有・無				
2	要介護認定結果 介護度4・5 被保険者番号_____ 認定期間_____				
3	申請時点での紙おむつ等使用状況 _____年 月頃から使用				
4	失禁の状態 有・無				
5	大田原市障害者紙おむつ等給付 有・無				
6	生活保護法又は中国残留邦人法の一時扶助等 有・無				
7	施設サービス（入院・ショートステイ含む） _____ 施設、病院名 _____ 受けている・受けていない				

○次の中から希望する紙おむつ等の種類（1・2・3）とサイズに○を付けてください。

1	リハビリパンツ（Dタイプ）と尿取りパット（46枚）	サイズ	S（26枚）・M-L（30枚） L-LL（30枚）・XL（20枚）
2	パンツ型紙おむつ（テープ式）と尿取りパット（60枚）	サイズ	S-M（32枚）・M（30枚） M-L（28枚）・L（26枚）
3	フラットタイプ紙おむつ（60枚）と尿取りパット（60枚）		

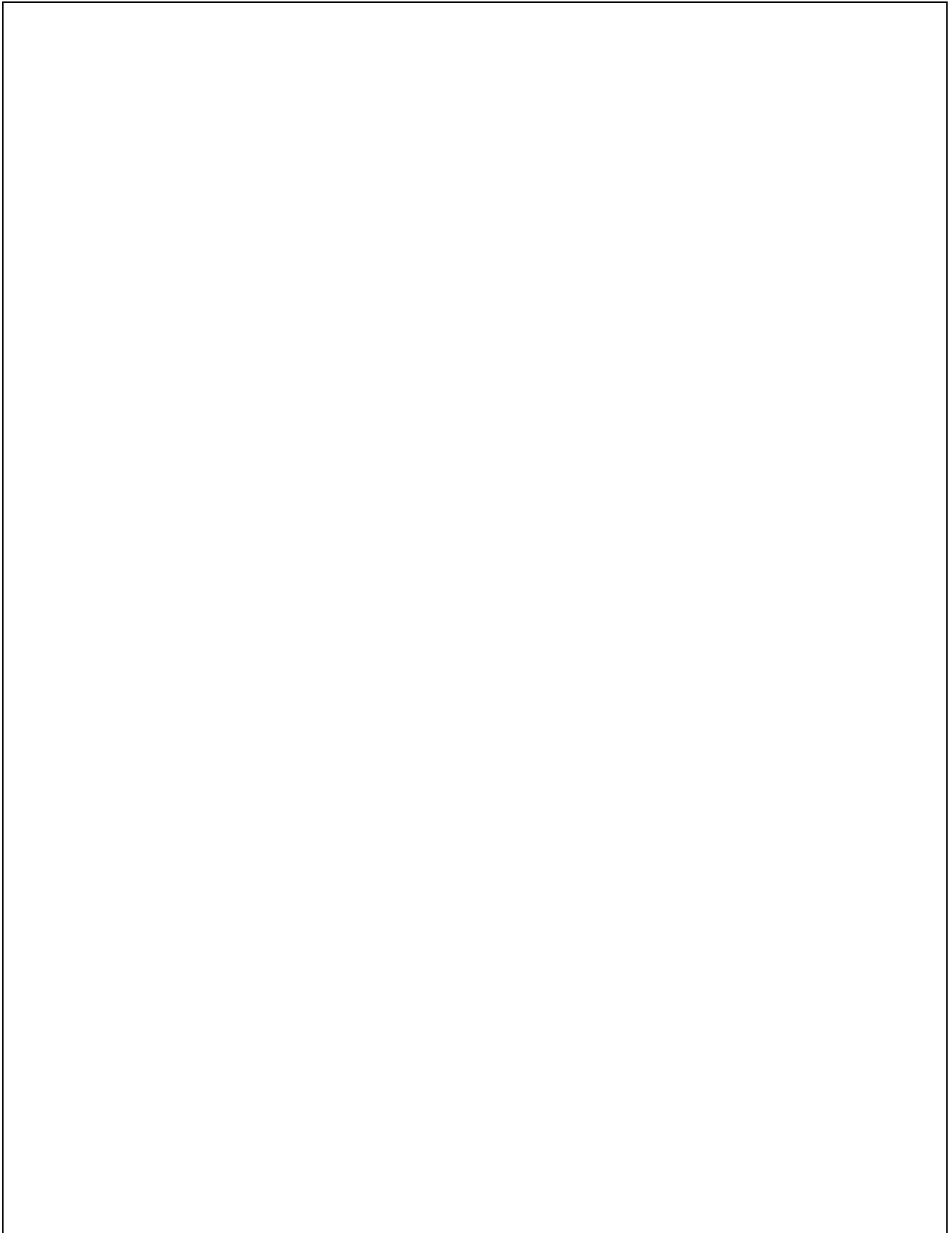
○自宅（配送先）の略図を裏面に記入してください。

窓口届出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		
	<input type="checkbox"/> 家族等		
	<input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 事業所名 _____		
	〒 住所 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____		

※市記載欄

受理年月日	年 月 日	給付決定年月日	年 月 日
審査欄	・該当 ・非該当 ()	決定番号	

自宅（配送先）略図



※自宅（配送先）周辺の道路、目印、公共施設等を記入してください。

大田原市高齢者等紙おむつ等給付（変更・停止・資格喪失）届

大田原市長 様

住 所
氏 名

紙おむつ等の支給について、次のとおり届け出ます。

1 変 更	(1) 住所変更（新住所：大田原市 ） ※配送場所を変更する場合は、自宅（配送先）略図も添付してください。 (2) その他（ ）	
2 停 止	(1) 入院（ 病院）（ 年 月 日から） (2) （ 介護老人保健施設・介護療養型医療施設 ）へ入所 （施設名： ）（ 年 月 日から） (3) （ 短期入所生活介護・短期入所療養介護 ）を利用 （施設名： ）（ 年 月 日から） (4) その他（ ）	
3 資 格 喪 失	(1) 介護度変更（ に変更） (2) 死亡（ 年 月 日） (3) 転出（ 都道府県 ）（ 年 月 日） (4) 大田原市障害者紙おむつ等給付開始（ 年 月 日から） (5) 生活保護法による一時扶助受給開始（ 年 月 日から） (6) （ 介護老人福祉施設・養護老人ホーム ）へ入所 （施設名： ）（ 年 月 日から） (7) その他	
	喪失年月日	年 月 日

※ 1変更、2停止、3資格喪失のいずれか該当するものに○を付け、その理由（施設名又は年月日等）を記載してください。

様式第1号（第4条関係）

救急医療情報キット配付申請書兼同意書

年 月 日

大田原市長 様

救急医療情報キットの配付を受けたいので、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	住 所			
	申請事由 ※該当する 番号に○を つけること	1 65歳以上のひとり暮らし高齢者 2 65歳以上の高齢者世帯 3 65歳以上の日中ひとり暮らし高齢者 4 65歳以上の日中高齢者世帯 5 身体障害者手帳の交付を受けている者 6 療育手帳の交付を受けている者 7 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 8 その他（必要とする理由） （ ）		

申請者が利用者本人以外の場合、次の欄も記入してください。

申 請	氏 名		電 話	
	住所又は 事業所名		利 用 者 との関係	

次の事項についてあらかじめ同意します。

- ① 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要したときは情報キットを活用しない場合があること。
- ② 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所に情報キットを保管していなかったときは、情報キットが活用されない場合があること。
- ③ 玄関ドアの内側にステッカーが貼られている場合は、本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫等の保管場所を開けて情報キットを取り出す場合があること。
- ④ かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。
- ⑤ 救急医療情報紙に救急隊員への伝言が記載されていても、状況に応じて必ずしも実行されない場合があること。
- ⑥ 情報キットは善良に管理するとともに譲渡したり貸付けたりせず、定期的な更新を行うこと。
- ⑦ 申請書中の利用者に関する個人情報を管内消防本部に提供すること。

大田原市認知症要配慮高齢者等事前登録申込書

年 月 日

大田原市長 様

申込者 住 所
氏 名
被登録者との続柄 ()
電話番号

私は、「大田原市認知症要配慮高齢者等事前登録制度」の趣旨を理解し、行方不明時における早期発見及び保護のため、次のとおり認知症要配慮高齢者事前登録を申し込みます。

なお、次に記載した情報を大田原警察署及び市内の地域包括支援センターに提供することに同意します。※被登録者本人の同意を得ることができない場合は、家族等の同意になります。

被登録者	住 所				
	フリガナ		フリガナ		名前以外 の呼び方
	氏 名		旧姓		
	生年月日	年 月 日 (歳)		性 別	男 ・ 女
介護認定		未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 (1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5)			
認知症の状況		認知症の日常生活自立度 (不明・自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ) 名前 (言える・言えない) 住所 (言える・言えない) ()			
過去の行方不明の有無		無・有 (時期 :) 場所と状況 ()			
既往歴 (今までにかかった病気と注意点)		精神疾患 無・有 (具体的な症状) ()			
医療機関名 (かかりつけ医)			医師名		
介護サービス 事業所			介護支援 専門員		
連絡先1	住 所			電話番号	
	氏 名		続柄	メールアドレス	
連絡先2	住 所			電話番号	
	氏 名		続柄	メールアドレス	

【裏面へ】

特 徴	身 長	m c m	体重 (体格)	k g (小柄・普通・大柄)
	髪型・色		眼鏡の使用	無・有 ()
	外見の特徴			

本人の特徴が分かる写真2枚を添付してください。

【撮影時期： 年 月頃】

<p>顔写真 (縦・横どちらでも可)</p>

<p>全身写真 (縦・横どちらでも可)</p>

大田原市認知症要配慮高齢者等事前登録情報（変更・抹消）届

年 月 日

大田原市長 様

届出者 住 所
氏 名
被登録者との続柄（ ）
電話番号

次のとおり、登録情報を変更（抹消）します。

届 出 区 分		変更 ・ 抹消		※太枠内を記入してください。 ※変更の場合は、変更する箇所にも記入してください。				
被登録者	住 所							
	フリガナ					生年月日		年 月 日（ 歳）
	氏 名							
介護認定		未申請 ・ 申請中 ・ 要支援（1・2） ・ 要介護（1・2・3・4・5）						
認知症の状況		認知症の日常生活自立度（不明・自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ） 名前（言える・言えない） 住所（言える・言えない） { }						
過去の行方不明の有無		無・有（時期： ） 場所と状況 { }						
既往歴 （今までにかかった病気と注意点）		精神疾患 無・有（具体的な症状） { }						
医療機関名 （かかりつけ医）				医師名				
介護サービス事業所				介護支援専門員				
連絡先1	住 所			電話番号				
	氏 名		続柄	メールアドレス				
連絡先2	住 所			電話番号				
	氏 名		続柄	メールアドレス				

【裏面へ】

特 徴	身 長	m c m	体重（体格）	k g（小柄・普通・大柄）
	髪型・色		眼鏡の使用	無・有（ ）
	外見の特徴			

本人の特徴が分かる写真2枚を添付してください。

【撮影時期： 年 月頃】

顔写真

（縦・横どちらでも可）

全身写真

（縦・横どちらでも可）