

登録番号		
受付日	年 月 日	
受付者		

茨木市認知症高齢者見守り事業利用登録届

年 月 日

（届出先）茨木市長

認知症高齢者見守り事業を利用するため、次のとおり届け出ます。

届出者：氏名： _____ ⑩ 続柄： _____
氏名が自署の場合は押印不要です。
 住所： _____
 電話番号： _____

写真（撮影時期： 年 月頃）

高 齢 者 （ 本 人 ） の 状 況	ふりがな 氏 名	_____	男・女	写真の裏側に記名をお願いします。
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住 所	〒 _____ 茨木市		
	電話番号	() _____	意思疎通：できる・できない	
	過去の行方不明の有無	<input type="checkbox"/> 有 (回) <input type="checkbox"/> 無	名前（言える・言えない） 住所（言える・言えない）	
	特 徴	身長： _____ c m ぐらい	姿勢：	
		体重： _____ k g ぐらい	体格：太め・普通・やせ気味	
		頭髮：短髪・白髪・()	眼鏡： 有 ・ 無	
特記事項	行動の特徴等			
医療機関への通院	(有 ・ 無)	(傷病名)		

※駆けつけ可能な緊急連絡先をご記入ください。

緊 急 連 絡 先	第1 連絡先	氏名	_____	続 柄	_____
		住所	_____	電話番号	自宅： 携帯：
	第2 連絡先	氏名	_____	続 柄	_____
		住所	_____	電話番号	自宅： 携帯：

備考

- この登録届は、本人の居住地の小中学校区を担当する地域包括支援センターに提出してください。
- 登録内容に虚偽があった場合は、見守りシールを返還していただきます。
- 登録内容に変更等が生じた場合（市内転居、転出、死亡等）は、必ず変更又は廃止の届出をしてください。

同 意 書

認知症高齢者見守り事業を利用するため、登録内容を茨木警察署長に情報提供することに同意します。なお、当該情報提供については、緊急連絡先の方にも了解を得ています。

届出者氏名： _____ ⑩
氏名が自署の場合は押印不要です。