

別記第2号様式(第6条関係)

交付番号

古座川町認知症高齢者等見守りQRコード活用事業原票

ふりがな 対象者	性別 男・女		写真 (タテ6cm × ヨコ4cm) ※腰から上が写っているもの	
				生年月日
血液型	型(RH + ・ -) ・ 不明			
住所	古座川町 (電話番号 )			
申請理由 (対象者の 状況等)				
家族構成	氏名 ( 歳) 続柄( )同居・別居			
	氏名 ( 歳) 続柄( )同居・別居			
	氏名 ( 歳) 続柄( )同居・別居			
身体 の 状況	身長:          cm	体重:          kg	体格: 肥満 ・ 中肉 ・ 痩身	
	眼鏡: 無 ・ 有	頭髪の特徴:		
	身体的特徴( )			
介護保険	総合事業      要支援( 1 ・ 2 )      要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) 申請中          未申請			
障害者手帳	無 ・ 有 (          手帳          種          級)			
主な病名	医療機関名	主治医氏名	電話番号	

※裏面もご記入ください

<緊急連絡先>

支援者①	ふりがな 氏名		対象者との 関 係	
			性 別	男・女
	住 所			
	電話番号	自宅	携帯	
支援者②	ふりがな 氏名		対象者との 関 係	
			性 別	男・女
	住 所			
	電話番号	自宅	携帯	
支援者③	ふりがな 氏名		対象者との 関 係	
			性 別	男・女
	住 所			
	電話番号	自宅	携帯	
勤務先	勤務先名	電話番号		

※支援者は2名以上記入すること。

注意事項 ※緊急時(保護時等)の対応に注意すべきことがあれば記入してください。

---



---



---