|  |  |
| --- | --- |
| 野辺地町記入欄 |  |

第２号様式（第８条関係）

野辺地町認知症高齢者等安心外出登録事業　変更・廃止届

年　　月　　日

野辺地町長　宛

下記のとおり変更・廃止しますので、届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | （ふりがな）  氏　　名 | （対象者との関係：　　　　　　　） |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| □登録内容を変更する　→　変更内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □登録を廃止する　→　廃止理由（ ）  ※該当する方に✔チェックをしてください。 | | |

※下表の太枠内は廃止・変更いずれの場合も記入してください。

※登録内容を変更する場合、下表に変更のあった項目の内容も記入してください。

【登録対象者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 氏　名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　所  電話番号 | | 野辺地町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　（　　　） | | | | | |
| 本人の  特徴 | | 身長： | | 姿勢： | | | |
| 体重： | | 体格：　　太め　・ふつう　・やせている | | | |
| 頭髪： | | 眼鏡：　あり・なし | | | |
| その他（ほくろや傷あと、ひげ等）： | | | | | |
| よく行く場所： | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　（　　　） | | | | | |
| 主治医氏名： | | | | | |
| 病　名 |  | | | | | |
| 介護保険 | 介護認定：　無・有　（認定区分　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ事業所　　　　　　　　担当者氏名　　　　　　　℡　　　（　　） | | | | | |
| その他  特記事項 |  | | | | | |
| 連絡先 | ① | 氏名： | | | 続柄： | |
| 住所： | | | ℡　　　 （　　 ） | |
| ② | 氏名： | | | 続柄： | |
| 住所： | | | ℡　　　 （　　 ） | |
| ③ | 氏名： | | | 続柄： | |
| 住所： | | | ℡　　　 （　　 ） | |