様式第１号(第３条関係)

おかえりマーク登録番号：

おかえりマーク利用申請書

　　年　　月　　日

東海村長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との続柄：　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者 の 情 報 | ふりがな |  | 家族構成図（本人◎　介護者○） |
| 氏　　名 | 男・女 |  |
| 旧姓：名前以外の呼び名： |
| 生年月日 | 　年　　月 日（　　歳） |
| 住　　所電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話： |
| 過去の居住地 |  |
| 介護保険欄 | 担当居宅介護支援事業所名：担当ケアマネジャー：　　　　　　　　　　　　電話： |
| 要介護区分 | 未申請　総合事業対象者　要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５） |
| 介護保険サービス利用事業所 |  |
| その他（サロン等） |  |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：医師名： |
| 病　名　等 |  |
| 特　　徴 | 身長：　　　　　　　　　ｃｍ | 姿勢： |
| 体重：　　　　　　　　　ｋｇ | 体格：　　太め　・　普通　・　痩せ気味 |
| 頭髪：長髪・短髪（色：　　　　） | 眼鏡：　有　・　無（色・形：　　　　　　） |
| 特記事項：　　＊出身地・前住所・職業・よく行く場所・持ち歩くものなど |
| 移動手段（複数可） | 徒歩 ・ 自動車 ・ バイク ・ 自転車 | 車両番号・防犯登録番号など |
|  |
| 過去の行方不明歴 |  |

申請事由　次のいずれかに○を付けてください。

１　過去に徘徊したことがある　　　　　　　２　過去に未帰宅となったことがある

３　徘徊又は未帰宅となるおそれがある　　　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

対象者本人写真貼付欄

※対象者本人の特徴が分かる写真を提出してください。

（１～２枚、できるだけ最近撮影したもの）

※写真は、村で貼付けを行います。

おかえりマーク登録番号：

備考　１　本申請書に記載された事項に変更が生じた場合はご連絡ください。

　　　２　本申請書の内容は、本事業の目的以外に使用することはありません。

同　意　書

□　捜索等に必要な場合に備え、本申請書に記載された情報及び顔写真を県、地域包括支援センター及び茨城県警察に提供することに同意します。

　　　　年　　月　　日　利用者氏名

（代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

申請者氏名

＜利用者に関する緊急連絡先＞

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急連絡先① | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話： |
| 緊急連絡先② | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話： |