様式第１号別紙１（第６条関係）

|  |
| --- |
| 交付番号 |
|  |

那智勝浦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  要支援者 |  | | | | 性 別 | 写真  6㎝×4㎝  （腰から上が写っているもの） | |
| 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | |
| 血液型 | 型（RH ＋・－）・不明 | | | | |
| 住　　　所 | 那智勝浦町大字  　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　） | | | | |
| 申請理由  （要支援者  　　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： | | 体重： | | 体格：　肥満・中肉・痩身 | | |
| 眼鏡：　有・無 | | 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 | 有　・　無　（　　　　　　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 |  | | 要支援者  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② | ふりがな  氏　名 |  | 要支援者  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③ | ふりがな  氏　名 |  | | | 要支援者  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 | | | | |

※緊急連絡先には2名以上の記入をお願いします。

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ご記入ください。