

ひかり見守りネット登録申請書

年 月 日

光市長

様

【申請者】 住所
 氏名
 電話
 本人との続柄（ ）

私は、光市認知症高齢者等見守りネットワーク事業（ひかり見守りネット）の利用を申請します。

また、ひかり見守りシールの登録について 希望します。 希望しません。

【本人：登録対象者】

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）
住所		電話	(自宅) (携帯)
身長体重	cm kg	写真	
特徴	(メガネ、杖、ほくろ、持ち物など)		
その他	(本人が行きそうな場所、旧姓、医療介護に関する事など)		

【緊急連絡先】

連絡先 1	氏名	本人との続柄 ()	性別 男 ・ 女
	住所	(自宅) (携帯)	
連絡先 2	氏名	本人との続柄 ()	性別 男 ・ 女
	住所	(自宅) (携帯)	

上記の情報を関係機関（光警察署、光市民生委員児童委員、光市東部地域包括支援センター、光市西部地域包括支援センター、光市社会福祉協議会、*光市内の指定介護事業所、*光地区消防組合、*協力事業者）へ配布・提供することに同意します。（*印は緊急時のみ情報提供する。）

本人氏名 _____

代筆者氏名（申請者） _____

ひかり見守りシール（どこシル伝言板）利用申請書（新規・変更）

登録を希望される場合、下記の情報をご記入ください。なお、登録情報は誰でも読み取ることができますので、個人情報公開することとならないよう、氏名等の記入は避けてください。

対象者のニックネーム ※呼ばれて返事をしてもらえる愛称 例：お父さん、先生 等	
生年月	年 月
性別	男 ・ 女
身体的特徴 ※身長や体型、よく身に着けるもの 例：身長 150cm、メガネ使用 等	
既往症 ※今までにかかった大きな病気 例：認知症、糖尿病 等	
保護時に注意すべきこと ※発見された方へのアドバイスとなります。具体的にご記入ください。 例：①右耳が遠いので、左耳に話しかけてください。 ②「おじいさん」と話しかけると怒ってしまうので、「先生」と話しかけてください。 ③汗や震え等がありましたら低血糖の可能性があるので、所持している飴を舐めるように勧めてください 等	
発見通知メールアドレス ※迎えに行くことが可能な方で、スマートフォンをお持ちの方のアドレスを最低1件ご登録ください。 ※該当者がいないため、登録できない場合はご相談ください。	@
	@
	@

※上記の内容に変更が生じたときは、再度申請書をご提出ください。