

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】0

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） _____