

ほくえい見守り安心ネット登録変更・取消届出書

年 月 日

北栄町長 様

住所.....
申請者氏名.....(印)
電話番号.....

ほくえい見守り安心ネット登録内容に変更がありましたので下記のとおり届出します。

登録者氏名		変更・取消日	
		年 月 日	
登録 変更	☐ 別紙のとおり		
登録取消の理由		☐ 死亡のため ☐ 町外転出のため ☐ 長期入院・入所のため ☐ 行方不明の可能性がなくなったため ☐ その他町長が適当でないと認めたため	
備考			

身体的 特徴	身長 cm / 体重 kg （やせ型 ・ ふつう ・ 肥満）
	髪型 : / メガネ着用 有 ・ 無 / ひげ 有 ・ 無
	歩行 : / その他
認知症等 の有無	認知症 : あり （ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ） ・ なし
	症状:
	その他障がい:
行方不明 の状況	頻度 : 頻繁 ・ 週１回程度 ・ 月１回程度・ 季節毎(いつ) ・ なし
	範囲 : 徒歩15分程度 ・ 町内全域 ・ 町外()
	以前に保護された場所 :
自分の 名前	☐ 言える（理解できる氏名「 」 ・ ☐ 言えない
自分の 住所	☐ 言える（理解できる住所「 」 ・ ☐ 言えない
日常会話 に支障	☐ ある（ ） ・ ☐ ない
よく歩いている 範囲・コース	
よく通っていた場所や 実家、旧姓	
仲の良い知人・ よく行く店	

◎緊急を要する既往症(人工透析治療を受けている、インスリン注射を1日3回しているなど)

(要介護認定・障がい支援区分等) :
(居宅介護支援事業所・相談支援事業所)
(利用中の福祉サービス等)
(かかりつけ医)
病院名 : (電話)
主治医 :
治療中の病気 :
その他

登録者名 :

※登録番号

【写真1】	ここに胸より上の写真を貼ってください 撮影日 : 年 月
【写真2】	ここに全身写真を貼ってください 撮影日 : 年 月

※写真は、胸から上のものを1枚、全身のもの1枚を必ず貼って下さい。

※できる限り、最近撮影したものを貼って下さい。