様式第３号（第６条関係、第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

三　原　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〒

届出者　住所

　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録者との続柄（　　　　　　）

　　　　　　電話番号

三原市認知症高齢者等登録変更・廃止届

　三原市認知症高齢者等事前登録事業実施要綱第６条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出区分 | | 変更　・　廃止 |  |
| 変更又は廃止日 | | 年　　月　　日 |
|  | | |
| 登録者氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 変更の場合は、変更箇所を記載してください。 | | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 世帯構成 | 独居　・　高齢者世帯　・　その他の世帯 | | |
| 介護認定 | 要支援（　　　　）　・　要介護（　　　　） | | |
| 第１連絡先 | 氏名 | 登録者との関係（　　） | |
| 住所 |  | |
| 連絡先 | (自宅)　　　　　　　　（携帯） | |
| 第２連絡先 | 氏名 | 登録者との関係（　　） | |
| 住所 |  | |
| 連絡先 | (自宅)　　　　　　　　（携帯） | |
| 第３連絡先 | 氏名 | 登録者との関係（　　） | |
| 住所 |  | |
| 連絡先 | (自宅)　　　　　　　　（携帯） | |
| **かかりつけ医** | 医療機関名 |  | |
| 医師名 |  | |
| **担当**  **ケアマネジャー** | 事業所名 |  | |
| 氏名 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **登録者の特徴** | 住所を言える | | 言える　・　言えない | | | |
| 氏名を言える | | 言える　・　言えない | | | |
| その他認知症状 | |  | | | |
| 過去の  行方不明歴 | | 有　・　無　　前回発見場所（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| よく行く場所 | |  | | | |
| 身長 | ｃｍ | 体型 | やせ・普通・肥満 | 頭髪 |  |
| その他の特徴 | | （メガネ、歩行状態など） | | | |

　廃止の場合は、該当するものにチェックをつけてください。

|  |
| --- |
| □　転出  □　死亡  □　長期入院  □　施設入所  □　寝たきり等で行方不明になるおそれがなくなった  □　その他（　　　　　　　　　　　　） |