

おかえりマーク利用申請書

年 月 日

古河市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

(利用者との続柄：)

連絡先

(※1)

代理人氏名

(※1)おかえりマーク利用申請に関する手続きについて申請者から委任を受けている場合

利 用 者 の 情 報	ふりがな		性 別	家族構成 (本人◎ 介護者○)		
	氏 名		男 ・ 女			
		旧姓：				
	生年月日	年 月 日 (歳)				
	住 所 電話番号	電 話：				
	介護保険欄	担当居宅介護支援事業所名：			電 話：	
		担当ケアマネジャー：				
	要介護区分	未申請 総合事業対象者 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)				
	介護保険サー ビス利用事業所					
	かかりつけ 医療機関	医療機関名：			電 話：	
	病名等					
	特 徴	身長：	cm	姿勢：		
		体重：	kg	体格： 太め ・ 普通 ・ 痩せ気味		
頭髮：長髪・短髪 (色：)	眼鏡： 有 ・ 無 (色・形：			
特記事項： *出身地・前住所・職業・よく行く場所・持ち歩くものなど						
移手段 (複数可)	徒歩 ・ 自動車 ・ バイク ・ 自転車			車両番号・防犯登録番号など		
過去の行方不明歴						

申請事由 次のいずれかに○を付けてください。

- 1 過去に徘徊したことがある
- 2 過去に未帰宅となったことがある
- 3 徘徊又は未帰宅となるおそれがある
- 3 その他 ()

対象者本人写真貼付欄

※対象者本人の特徴が分かる写真を提出してください。
(1～2枚、できるだけ最近撮影したもの)
※写真は、市で貼付けを行います。

- 備考 1 本申請書に記載された事項に変更が生じた場合はご連絡ください。
2 本申請書の内容は、本事業の目的以外に使用することはありません。

同意書

搜索等に必要な場合に備え、本申請書に記載された情報及び顔写真を県、地域包括支援センター及び茨城県警察に提供することに同意します。

年 月 日 利用者氏名

(代筆者：)

申請者氏名

<利用者に関する緊急連絡先>

緊急連絡先①	住所： 氏名：	続柄： 電話：
緊急連絡先②	住所： 氏名：	続柄： 電話：