

登録番号：川越市

認知症高齢者等を介護する方等の情報を記載してください。

認知症高齢者等個別調書

		申請日	令和8年4月1日			
申請者	ふりがな	かわごえ じろう		登録者との続柄	子	
	氏名	川越 二郎				
	住所	〒305-8601 川越市元町1-3-1				電話番号
認知症高齢者等	ふりがな	かわごえ はなこ		旧姓	埼玉	
	氏名	川越 花子		名前以外の呼び名	花ちゃん	
	住所	川越市元町1-3-1		認知症高齢者等の情報を記載してください。		
		※過去の居住先（ふじみ野市福岡〇△□				
	生年月日	昭和12年	4月	1日（ 89歳）	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女
電話番号	自宅：224-6087		携帯：	(GPS機能： <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有)		
	※有の場合、必ず位置情報設定を行ってください					
連絡先	第1連絡先	氏名	川越 二郎		続柄	子
		住所	川越市元町1-3-1		電話番号	自宅：224-6087 携帯：090-〇△□×-〇△□×
	第2連絡先	氏名	川越 四郎		続柄	子
		住所	川越市小仙波2-50-1		電話番号	自宅：224-×××× 携帯：090-〇△□×-〇△□×
<p>私は、川越市認知症高齢者等家族支援サービス事業への登録及び利用に当たり、この個人情報を認知症高齢者等の早期発見及び事故を未然に防止するために川越市地域包括支援センター、川越警察署及び川越地区消防組合、介護支援専門員に情報提供することに同意します。</p> <p>また、同事業の利用の決定及び取り消しに当たり必要があるときは、介護保険法に基づく要介護認定に係る調査内容や医師の意見書、判定並びに住民票の必要な情報については市関係部署に、認知症高齢者等の生活及び身体状況については、私を担当する介護支援専門員に、照会し、確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 <u>川越 二郎</u></p>						

※本人の特徴が分かる写真（胸から上のもの及び全身のもの各1枚ずつ）を必ず添付ください。

※届出事項に変更など変化が生じた場合（寝たきり・転居・特徴・死亡など）は必ず連絡ください。

市記入欄

きた		中央ひがし		中央にし		ひがし		たかしな
みなみ		だいとう		かすみ		にし		

認知症高齢者等氏名：

登録番号：川越市（ ）

【写真1】	<p>胸より上の写真を貼ってください。</p> <p>撮影日：       年       月頃</p>
【写真2】	<p>全身写真を貼ってください。</p> <p>撮影日：       年       月頃</p>

※必ず写真を貼ってください。

※できる限り、最近撮影したものを貼ってください。

特記事項 ・身体的特徴 (例：身長・体重) ・かかりつけ医 ・その他の連絡先 等	
--	--