

様式第1号(第6条第1項関係)

年 月 日

いの町長 様

申請者 住所
(介護者) ふりがな氏名
電話番号 () - 続柄
※日中連絡がとれる番号

いの町SOSネットワーク事業利用申請書

いの町SOSネットワーク事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請
します。

なお、本様式の情報をネットワーク会議及び行方不明発生時に、関係機関等に情報提供
を行うことについて同意します。

記

対象者	住所		生年月日	年 月 日
	ふりがな氏名		性別	男 ・ 女
	電話番号	() -	要介護度 または 障害者手帳 及び等級	
備考				

以下町記入欄

※決 裁	決定年月日	課 長	課長補佐	係 長	係
	年 月 日				

押印欄については、決裁の実情に合わせて増減することができる。

1 対象者の状況

状況	ひとりで帰宅できなくなった時期	年 月頃から	警察による保護	有 (回) ・ 無	
	ひとりで帰宅できなくなった頻度	数ヶ月に1回 ・ 月に1回くらい ・ 月に2~3回 ・ 週に数度			
	これまでの状況				
	歩行能力	さっさと歩く ・ ゆっくりとしっかり歩く ・ ふらつきながら歩く			
	交通手段	徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 電車 ・ その他 ()			
	立寄場所	<input type="checkbox"/> 近所 () <input type="checkbox"/> 遠隔地 () <input type="checkbox"/> 知人宅 () <input type="checkbox"/> 昔の家 () <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体の特徴	身長・体重	()cm ()kg	体型	肥満・小肥・中肉・痩せ型	
	頭髮	有(白髪=全部・部分) ・ 無	眼鏡	有 ・ 無	
	特記				

2 介護者の状況 (対象者の見守りを行うものを順にご記入ください)

	氏名	続柄	性別	年齢	職業	日中連絡が取れる電話番号
①						
②						
③						
④						