様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

四條畷市高齢者等ＳＯＳネットワーク事業利用登録申請書

四條畷市長　宛

申請者　住所

氏名

（利用対象者との続柄　　　）

電話番号

　四條畷市高齢者等ＳＯＳネットワーク事業実施要綱第４条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 |  |  | | 性別 | | 男  ・  女 | 旧　姓 | |  | |
| 住　所 | 電話　　　（　　　） | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 介護認定 | 要支援　１・２  要介護　１・２・３・４・５  申請中　・　未申請 | | | サービス利用 | | | | □あり　□なし | |
| 緊急連絡先①  （身元引受人） | | 氏名 |  | | 続柄 | | | 電話番号 |  | |
|  | | | (携帯) | |
| 緊急連絡先②  （身元引受人） | | 氏名 |  | | 続柄 | | | 電話番号 |  | |
|  | | | (携帯) | |
| 利用対象者及び緊急連絡先の情報を「四條畷警察」に提供することを希望しますか。 | | | | | | | | | | □はい　□いいえ |
| 利用対象者が行方不明となったとき、利用対象者の写真を情報発信することを希望しますか。  ※「はい」の場合は、裏面に写真を添付または、電子メールで送信してください。  送信先：kourei@city.shijonawate.lg.jp(高齢福祉課宛) | | | | | | | | | | □はい　□いいえ |
| がにって、にれなくなったは、にのをしてしてください。  □　　□  代筆者氏名　　　　　　　　　　（続柄　　） | | | | | | | | | | |

（裏面）

利用対象者の写真

写真撮影年月：　　　　年　　　月