

おかえりマーク登録番号：

様式第1号(第3条関係)

おかえりマーク利用申請書

年 月 日

市町村長 殿

申請者
住 所
氏 名
(利用者との続柄：
連絡先

印
)

利 用 者 の 情 報	ふりがな	家族構成図(本人◎ 介護者○)		
	氏 名	男・女		
		旧姓： 名前以外の呼び名：		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所 電話番号	電話：		
	過去の居住地			
	介護保険欄	担当居宅介護支援事業所名： 担当ケアマネジャー：	電話：	
	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			
	その他 (サロン等)			
	かかりつけ 医療機関	医療機関名： 医師名：	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
		髪：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				
移動手段 (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 | 4 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、市町村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 印
(代筆者：)

※同意書は利用者の署名押印が必要です。

申請者氏名 _____

<利用者に関する緊急連絡先>

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