

様式第 1 号（第 5 条関係）

登録番号 ふじみ野市

認知症高齢者等を介護
する者等を記載してく
ださい。

認知症高齢者等家族支援事業利用申請書

		申請日		令和 8 年 4 月 1 日	
申請者	ふりがな	ふじみの いちろう		登録者との続柄	長男
	氏名	ふじみ野 一郎			
	住所	ふじみ野市 福岡 1-1-1			
		電話番号		049-261-2611 (自宅・携帯・その他)	
登録者	ふりがな	ふじみの はなこ		旧姓	福岡
	氏名	ふじみ野 花子		名前以外の呼び名	お母さん
	住所	ふじみ野市 福岡 1-1-1		対象者（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 (			
	生年月日	昭和 13 年 4 月 1 日 (88 歳)		性別	男 ・ 女
	電話番号	自宅 049-261-2811		携帯 (GPS 機能 無・有) ※有の場合、必ず位置情報設定をしてください。	
連絡先	第 1 連絡先	氏名	ふじみ野 一郎	続柄	長男
		住所	ふじみ野市 福岡 1-1-1	電話番号	自宅 049-261-2611 携帯
	第 2 連絡先	氏名	ふじみ野 二郎	続柄	次男
		住所	ふじみ野市 福岡 1-1-1	電話番号	自宅 049-261-2611 携帯
希望サービス		☒ ステッカー交付 ☐ 位置検索			
私は、ふじみ野市認知症高齢者等家族支援事業への登録に当たり、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必要な他の機関に情報提 供することに同意します。					
				申請者氏名 ふじみ野 一郎 印	

※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。

※届出事項に変更が生じた場合（入院、入所、転居、死亡等）は、必ず連絡ください。

市記入欄

	ふくおか		かすみがおか		つるがまい		おおい
--	------	--	--------	--	-------	--	-----

登録者名 登録番号 ふじみ野市（ ）

【写真1】	ふじみ野 花子 胸より上の写真を貼ってください。 撮影日 年 月頃
【写真2】	全身写真を貼ってください。 撮影日 年 月頃

※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 右ほほホクロ)	
-----------------------------	--

