

(届出先) 瑞穂区東部・西部いきいき支援センター

瑞穂区ひとり歩きSOSネットワーク事業支援依頼届

届出年月日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
届出者氏名	本人との続柄 ()						
届出者住所							
電 話	自 宅		携 帯				
	その他 勤務先等						
届出者以外の 親族等連絡先	(電話 — —)						

<本人の状況>

支援対象者氏名 (ふりがな)	現姓：	旧姓：
	家族の呼び方など：	
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
年齢・性別	歳	男 ・ 女
住 所	瑞穂区	電話：
かかりつけ 医療機関	医療機関名：	(医師： 様) 電話：
	病名等：	薬：
いなくなった 日時と場所	月 日 (曜日)	時 分頃
	どこで：	その他メモ：
特 徴	身長：	体重：
	頭髪(ひげ)：	
	服装・靴：	
	めがね：なし・あり	杖：なし・あり
	歩行：	
	くせ：	
	荷物：	
	名前：言える・言えない	
その他特徴：		

※ 本人の特徴が分かる写真(顔や全身写真)を必ず添付してください。

情報提供にかかる同意

上記の情報を、支援要請・緊急時に捜索協力者・関係機関に提供することに同意します。

年 月 日 同意者

印(本人との続柄)