

# 行方不明者状況確認票

記入日：平成 年 月 日

氏名(フリガナ)	( )		
性別	男 ・ 女	被保険者番号	
生年月日(年齢)	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
住所			
発生日時	平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分		
家族報告	済 ・ 未済( )	情報提供	可 ・ 不可
届出(情報提供)	警察 ・ 包括 ・ 地域密着型 ・ その他( )		
行方不明時の 場所・状況			
特徴	【身長】 【体型】 【髪型】 【話し方】 【その他】		
服装	【上】 【下】 【靴】 【持ち物】 【その他】		
認知症	有 ・ 無	【名前】	言える ・ 言えない
		【住所】	言える ・ 言えない
その他 特記事項	※行きそうな場所, 過去の保護歴など		

連絡先	【TEL】	【FAX】
-----	-------	-------

発信元(依頼者)	【TEL】	【FAX】
----------	-------	-------

送信先：調布市福祉健康部高齢者支援室介護保険担当  
FAX 番号：042-481-7028