様式第１号（第３条関係）

いなべ市認知症高齢者等SOSネットワーク登録(新規・更新)申出書

いなべ市長　宛て

いなべ市認知症高齢者等SOSネットワークへの登録を次のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申出者 | | 申出日 | 年　 月　 日 |
| 氏名 |  | 登録者との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| QRコードワッペン | | 希望する・希望しない | |
| 個人賠償責任保険への加入(在宅生活者が対象) | | 希望する・希望しない | |

登録者の基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 男･女 | 写真添付  (なるべく最近の写真) | | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | いなべ市 | | | |
| 居住地  (住所と異なる場合) |  | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 家族構成 | 独居 ・ 高齢者世帯 ・家族と同居 | | | |
| 第１ 連絡先 | 氏名 |  | | | | | 続柄 |  |
| 住所 |  | | | | 自宅電話番号 |  | |
| 携帯電話  番号 | |  | | | 勤務先電話番号 |  | |
| 第２ 連絡先 | 氏名 |  | | | | | 続柄 |  |
| 住所 |  | | | | 自宅電話番号 |  | |
| 携帯電話  番号 | |  | | | 勤務先電話番号 |  | |
| 第３ 連絡先 | 氏名 |  | | | | | 続柄 |  |
| 住所 |  | | | | 自宅電話番号 |  | |
| 携帯電話番号 | |  | | | 勤務先電話番号 |  | |

登録者の情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体的特徴 | 身長 ㎝ | | 体重 ㎏ | | | その他の状況 | 氏名(言える・言えない) | |
| 体格 やせ気味・中肉中背・太り気味  小柄 ・ 大柄 ( ) | | | | | 住所(言える・言えない) | |
| 髪形 | | | | | 今までに行方不明になったこと(ある・ない) | |
| 眼鏡 ( 有・無 ) | | | | |
| 聴力 良い・普通・悪い  補聴器 ( 有・無 ) | | | | | 以前の行方不明時の発見場所 | |
| 歩行の様子 | | 杖・押し車・その他( ) | | | | | | |
| 普段の移動手段 | | 徒歩・シニアカー・自転車・自動二輪車・自動車・バス・電車  その他( ) | | | | | | |
| 利用できる移動手段 | | 徒歩・シニアカー・自転車・自動二輪車・自動車・バス・電車  その他( ) | | | | | | |
| かかりつけ医 | | 医療機関名 | |  | | | 医師氏名 |  |
| 疾病名 | |  | | | 電話番号 |  |
| 服薬中の薬 | |  | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | 事業所名 | |  | | | 担当者氏名 |  |
| 要支援(　　)・要介護(　　) | | | | | 電話番号 |  |
| 本人の日課 | | | | | 日常的に行く場所 | | | |
|  | | | | |  | | | |
| その他 | | ※保護の対応時等に注意することなど | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同意書  　認知症高齢者等SOSネットワークへ登録するに当たって、次のとおり同意します。  １　個人賠償責任保険料の補助要件について審査するため、いなべ市が保有する住民基本台帳に登録者が記載されていることを確認することに同意します。  ２　いなべ市がこの申出書の情報を登録及び保管し、いなべ市地域包活支援センター及びいなべ警察署に情報を提供することについて同意します。  ３　認知症高齢者等SOSネットワークを通じて登録者の捜索を行う場合に、いなべ市地域包括支援センター、いなべ警察署、いなべ市社会福祉協議会、いなべ市民生委員児童委員協議会連合会、その他市長が必要と認める者に対し、登録情報を提供すること  ４　発見、保護時などにおいて、医療機関、介護保険サービス事業所などと連携を図る必要がある場合に、登録情報を医療機関、介護保険サービス事業所などで共有することに同意します。  年　　月　　日　　登録者本人又はその法定代理人　　　　　　　　　　　　　印 |