様式第１号（第６条関係）

（表）

本巣市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

年　　月　　日

本巣市長　様

　申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　）

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

本巣市認知症高齢者等見守りシール交付事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | 個別番号 |
| 対象者 | ふりがな |  | 性別 | 家族構成図 |
| 氏名 | （旧姓：　　　　　　） | 男・女 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 | 本巣市（電話番号：　　　 　　　　　　　） |
| 状況 | 介護認定 | □認定なし　　　□要支援　１・２　　　□要介護　１・２・３・４・５ |
| 介護支援専門員 | 事業所名：担当ＣＭ：　　　　　　　　　　　　 （電話番号：　　　　　　　　　　 ） |
| かかりつけ医 | 医療機関名：担当医：　　　　　　　　　　　　　 （電話番号：　　　　　　　　　　 ） |
| 病名・内服薬等 |  |
| 認知症の症状 | 自分の名前を言えますか　　（ 言える ・ 言えない ）自分の住所を言えますか　　（ 言える ・ 言えない ） |
| 行方不明歴 | なし・あり（　　　回）　　最終発生日：　 　 　　年　　　月　　　日発見場所： |
| 特徴 | 体格 | 身長：　　　　㎝ 　体重：　　　　㎏　　（ 太め ・ 普通 ・ やせ気味 ） |
| その他 | 頭髪：　　　　　　髪色：　　　　　　眼鏡：有 ・ 無　 補聴器：有 ・ 無 |
| 特記事項 | （出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩くもの、歩く姿勢等記入）運転免許証：有 ・ 無　　　自動車ナンバー：（　　　 　　　　　　　　） |
| 注意事項 |  |
| 第１連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　 続柄（　 　　）電話：住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯： |
| 第２連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　 続柄（　 　　）電話：住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯： |
| 備考 |  |

１.申請書は、本事業以外の目的に使用することはありません。

２.申請後、届出事項に変更・変化が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

３.おおむね１年以内に撮影した対象者の顔写真及び全身写真の２枚を別表に貼付してください。

【裏面に続く】

（裏）

|  |
| --- |
| 同意書 |

|  |
| --- |
| 本巣市認知症高齢者等見守りシール交付事業の利用にあたり、次の事項に同意します。１　見守りシールの交付を受けた後、速やかに必要な情報をシステムにおいて登録し、対象者の衣服等に見守りシールを貼付すること。２　対象者が行方不明になったときは、捜索に協力し、対象者が保護されたときは、速やかに対象者のもとに向かい、安全を確認すること。３　見守りシールは、対象者の早期発見のための目印とし、身元確認をスムーズに行うためのツールであり、登録することで早期発見・保護できると確約するものではないこと。４　申請時の内容に変更が生じたときは、速やかに変更届を提出すること。５　システムに登録した情報について変更が必要なときは、速やかに変更登録すること。６　本事業の利用を中止するとき、又は必要が無くなったときは、辞退届を提出すること。７　見守りシールを本事業の利用以外での使用、譲渡、販売及び改ざんしないこと。８　地域包括支援センター及び警察署等の関係機関に情報提供すること。９　市職員が、対象者が安全に保護した有無を確認する為、通信状況等を閲覧すること。１０　本事業運営の為、住民基本台帳を閲覧すること。１１ 本巣市が登録票の情報を確認する為、申請者、対象者又は関係者に連絡をとること。年　　　月　　　日　　　　　　申請者氏名 　　　　　　　　　　 　　　 　　 第１連絡先者氏名（申請者と同じ場合は記入不要）　　　　　　　　　　 　　　　　　第２連絡先者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （申請者と同じ場合は記入不要）　　　　　　　　　 　 　　　　 |

別表

|  |
| --- |
| 【顔写真】撮影日：　　　　年　　　　月頃 |
| 【全身写真】撮影日：　　　　年　　　　月頃 |