様式第１号（第４条第１項関係）

草津市認知症高齢者等見守りネットワーク事前登録申請書

令和　　年　　月　　日

草津市長　宛

（申請者）　住　所

氏　名

登録対象者との続柄（　　　　）

連絡先　　TEL

次のとおり事前登録を申請いたします。

◆登録対象者の状況◆

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　　（　　　　　　歳） |
| 氏名 | 　 | （旧姓）　 |
| 住所 | 草津市 | 電話 | 　 |
| 世帯構成 | １．ひとり暮らし　　２．高齢者世帯　　３．子との同居　　４．その他（　　　　　） |
| 特徴 | 身長 | 　　　　　　　　　　　ｃｍ | 体重 | 　　　　　　　　　　ｋｇ |
| 体格 | 痩せぎみ　　　・　　　ふつう　　　・　　　太りぎみ |
| 頭髪 | 　 | 眼鏡 | なし・あり（　　　　　　　　　） |
| 歩き方 | 歩行器・杖の使用　　なし　・　あり | 移動手段 | 徒歩　・　自転車車（ナンバー　　　　　　　　　） |
| 交通機関 | （バス、タクシー、電車等）使える　　・　　使えない |
| 名前 | 言える　・　言えない | 住所 | 言える　・　言えない |
| ※特記事項（出身地・よく行く場所・持ち歩くもの、保護時に注意して欲しいことなど） |
| 過去の所在不明歴 | なし・あり（いつ：　　　　　　　　　　発見場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ケアマネジャー | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：TEL： |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師：TEL： |
| 病名等　 |
| 御希望のキーホルダーとシール | Ａパターン　　・　　Ｂパターン |

◆緊急時の連絡先◆

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先１ | 氏名　　（続柄：　　　） | TEL　 |
| 住所　 |
| 連絡先２ | 氏名　　（続柄：　　　） | TEL　 |
| 住所　 |
| 連絡先３ | 氏名　　　（続柄：　　　） | TEL　 |
| 住所　 |

◆外部への情報提供について◆　　　　　　　　　　情報提供を希望されるものに○をしてください。↓

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録情報の事前の情報提供 | ・草津警察署への情報提供 | （必須） | ○ |
| ・担当地域包括支援センターおよびケアマネジャーへの情報提供 | （必須） | ○ |
| ・担当民生委員への情報提供 | （任意） |  |
| 行方不明時の公開捜索の意向 | ・他市への情報公開 | （任意） |  |
| ・市ホームページ、フェイスブック等への掲載 | （任意） |  |
| ・市メール配信サービス（すぐメール）での情報公開 | （任意） |  |
| ・ＦＭくさつ、防災無線での情報公開 | （任意） |  |
| ・市内介護サービス事業所、救急指定病院への情報提供 | （任意） |  |
| ・民間協力事業所（バス、タクシー、コンビニ等）への情報提供 | （任意） |  |
| ・消防団への捜索協力要請 | （任意） |  |
| 上記のとおり市および協力機関等に情報提供することについて、同意します。

|  |
| --- |
| （登録対象者）　　 |

 |

・**登録対象者の全身および顔の写真を添付してください。**

・登録事項（特徴、連絡先等）に変更・変化が生じた場合は草津市認知症高齢者等見守りネットワーク事前登録変更届（別記様式第３号）を速やかに提出ください。

・実際に行方不明が発生した場合、公開捜索の意向や公開する情報の範囲については、再度御家族に確認させていただき、同意のもと情報提供を行います。

・この申請書によりいただいた情報は、草津市認知症高齢者等見守りネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。

　以下は市で記入します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 添付資料 | * 全身写真　　　□　顔写真
 | 登録番号 | 草津－ |
| 同意欄 | * 対象者の記名
 |