様式第１号（第６条の５関係）

認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業及び

見守りシール交付事業事前登録申請書並びに同意書

（宛先）南アルプス市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

住　　所

氏　　名

登録者との続柄

電話番号

（事前登録者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　　月　　日 | | 登録番号 | 見守りSOS　登録番号 |
| 見守りシール登録番号 |
| フリガナ | |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | | （旧姓：　　　　愛称：　　　　　） | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 住　　所 | | 南アルプス市 | 電話番号 | （自宅）  （携帯） |

（緊急連絡先）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先１ | フリガナ |  | 電話番号 | （自宅）  （携帯） |  | |
| 氏名 | （続柄） |
| 住所 |  | メール  アドレス |  | | |
| 連絡先２ | フリガナ |  | 電話番号 | （自宅）  （携帯） |  | |
| 氏名 | （続柄） |
| 住所 |  | メール  アドレス |  | | |
| 連絡先３ | フリガナ |  | 電話番号 | （自宅）  （携帯） | |  |
| 氏名 | （続柄） |
| 住所 |  | メール  アドレス |  | | |

※メールアドレスは、個人を特定できる情報を含まないものをご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況 | 特徴 | 身長：　　　　　　　　ｃｍ | 頭髪： | |
| 体重：　約　　　　　　ｋｇ | 眼鏡：　　有　・　無 | |
|  | 体格：太っている・ふつう・やせている | |
| 特記事項：※その他特徴・出身地・前住所・昔の職業・よく持ち歩く物・本人が反応する事柄等 | | |
| 注意事項：※保護時にして欲しいこと、対応に注意して欲しいことなど | | |
| 認知症有無 | 有　・　無 | 程度 | 軽度・中度・重度 |
| その他の  情報 | 自分の名前を：□言える　・　□言えない  自分の住所を：□言える　・　□言えない  日常会話に支障が：□ある・　□ない  以前も保護されたことが：□ある（場所　　　　　　　　　）・□ない | | |
| 介護支援  専門員 | 事業所名：  担当者　： | 電話 |  |
| 利用  サービス |  | | |
| かかりつけ  医療機関 | 医療機関名：  主治医名　： | 電話 |  |
| 既往歴  内服状況等 |  | | |

本申請書は南アルプス市役所及び南アルプス警察署で管理します。緊急時及び行方不明の捜索以外でこの申請書の情報を他の目的で使用することはありません。

※次の同意欄に、レを記入し、ご署名ください。

|  |
| --- |
| □　認知症高齢者等見守りSOSネットワークの事前登録を申請いたします。  □　認知症高齢者等見守りシール交付事業の利用を申請いたします。  事前登録内容を南アルプス警察署及び地域包括支援センターに情報提供することについても同意します。    （同意者）　　　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　） |

可能な限り、本人の特徴が分かる「顔写真」「全身写真」の2枚を添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　撮影年月日：

顔写真

撮影年月日：

全身写真