（表）

様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

甲斐市長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（同意者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

登録者との続柄

電話番号

甲斐市認知症高齢者等見守りネットワーク事業登録申請書兼同意書

　甲斐市認知症高齢者等見守りネットワーク事業を利用したいので、個人情報の外部提供等について同意のうえ登録申請します。

〇登録者の情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | (旧姓） | |  | 性別 | 男・女 | 写真（直近のもの）  ＊無帽、正面で顔がよく分かるもの  撮影時期：　　年　　月頃 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 身長 | ｃｍぐらい | 体重 | ｋｇぐらい | | | |
| 体格 | 肥　・　小肥　・　中肉　・　やせ | | | | | |
| めがね | 有　・　無 | | | | | |
| 特徴 |  | | | | | | |
| よく行く場所 |  | | | | | | |
| 行方不明歴 | 有　・　無 | 過去に発見された場所 | | | |  | |
| かかりつけ医 | 医療機関名  主治医名 | | | | | | |
| 家族の連絡先 | ①氏名：　　　　　　　　続柄（　　　）　　　電話番号 | | | | | | |
| ②氏名：　　　　　　　　続柄（　　　）　　　電話番号 | | | | | | |

裏面もあります。

（裏）

〇利用サービス等の情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護度 | 要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５ | 関わりのある機関など |
| 担当  ケアマネジャー | 事業所名  ケアマネジャー名 |  |
| 利用サービス |  |

【同意事項】

甲斐市認知症高齢者等見守りネットワーク事業の利用に当たり、次の事項について同意します。また、申請者、家族等において、行方不明等の予防に努めます。

　なお、本事業の実施に際して、事故、問題等があった場合でも自己責任とし、他には責任を問いません。

１.事業登録申請書の内容を市が韮崎警察署、甲府西消防署、韮崎消防署及び甲斐市地域包括支援センターに提供すること。

２.事業登録申請書の内容に変更が生じた場合又は本事業の利用を必要としなくなった場合は、速やかに市へ届け出ること。

３.行方不明の連絡、通報等があった場合、事業登録申請書の内容を甲斐市認知症高齢者等見守りネットワークに提供すること。

４.行方不明発生の際、申請者、家族等は速やかに韮崎警察署に届け出ること。また、捜索に積極的な参加、協力を行い、行方不明者が保護又は発見された場合は、速やかに引取り確認を行うこと。