別記様式第１号(第５条、第６条関係)

**綾町認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業****事前登録申請書（新規・変更）**

|  |
| --- |
| ＳＯＳネットワーク事業の事前登録を申請します。なお、行方不明発生時及び見守りが必要な際は、ＳＯＳネットワーク協力関係機関及び協力者に事前登録情報を提供することに同意します。　　※署名により押印の省略可  申請者（同意者）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　続柄：(　　　　　　　　)  　　　　　　　　 住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ | |  | | | | | 性　別 | | | 生年月日 | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | 男 ・ 女 | | |  | | | | | | | （　　　　　　歳） |
| 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| （旧姓　：　　　　　　　　　） | | | | |
| 住所 | | 綾町大字 | | | | | | | | 電話 | | 携帯 | |  | | | |
| 自宅 | |  | | | |
| 同居人 | | 独居　・　同居（　　　　　）人 | | | | | 同敷地内の居住家族等 | | | | | | | 有　・　無 | | | |
| 居宅介護 支援事業所 | | 事業所名 | | |  | | | | | 電話 | | 携帯 | |  | | | |
| 介護支援専門員 | | |  | | | | | 事業所 | |  | | | |
| かかりつけ 医療機関 | | 医療機関名： | | | | | | | | | | 電話 | |  | | | |
| 主治医名： | | | | | | | | | |  | | | |
| 病名等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行方不明 ・保護歴 | | 有　・　無 | | 行方不明になった場所 | | | | | 町内 ・ 町外 | | 具体的な場所 ： | | | |  | | |
| 回数：　　　　回 | | 保護された場所 | | | | | 町内 ・ 町外 | | 具体的な場所 ： | | | |  | | |
| 身体的特徴 | | 身長 | ㎝ | | | 体型 | 肥　・　小肥　・　中肉　・　痩せ　・　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 体重 | ｋｇ | | | 頭髪 | (　　　　　　)色　・　長髪　・　普通　・　短髪　・　（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 眼鏡 | 有　・　無 | | | 姿勢 | 良い　・　猫背　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | ※出身地、前住所、職業、行きつけ場所、愛称、持ち歩く物など | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意事項 | | ※保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいことなど | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | １ | 氏名　： | | | | | 続柄 ： | | | | 電話 ： | | | | | | |
| 住所　： | | | | | | | | | | | | | | □同居　・　□別居 | |
| ２ | 氏名　： | | | | | 続柄 ： | | | | 電話 ： | | | | | | |
| 住所　： | | | | | | | | | | | | | | □同居　・　□別居 | |
| ３ | 氏名　： | | | | | 続柄 ： | | | | 電話 ： | | | | | | |
| 住所　： | | | | | | | | | | | | | | □同居　・　□別居 | |
| 情報提供先 | | | □ 全協力機関　・　□ 一部協力機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 防災行政無線 | | | □ 活用しない　・　□ 活用する （氏名放送 ： □ する　・　□ しない） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 見守りシール | | | □ 申請済　　・　　□ 申請する　　・　　□ 申請しない | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | **登録№** | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【全身・顔写真】 | | | |
| ※ 本人の特徴が分かる「全体写真」「顔写真」を提出（貼付または画像ファイル）してください。 ※ 登録情報は、ＳＯＳ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。 | | | |
|
| 【発信取扱者】 | | | |
| 所属 |  | 氏名 |  |
|
| 電話 |  | FAX |  |
|