様式第１号（第４条関係）

|  |
| --- |
| 登録番号　三介 |

三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク登録届

三沢市長　殿

次のとおり三沢市徘徊ＳＯＳネットワークへの登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況　　※必要に応じ太枠部分及び行方不明時の状況が協力団体へ情報提供されます。 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | 男 女 |
| 氏　名 |  | | | 旧 姓 | |  |
| 生年月日 | 大 　 昭　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | （　　　　　　歳） | |
| 住　所 | 現住所：  　　　　　　　　　　　　　　　　 （☎　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 前住所： | | | | | | |
| 出身地： | | | | | | |
| 特　徴 | 身長：　　　　　　　　　　　cm | | 姿勢： | | | | |
| 体重：　　　　　　　　　　　kg | | 体格：　太め　　　普通　　　やせ気味 | | | | |
| 頭髪： | | 眼鏡：　なし　　あり（　　　　　　　） | | | | |
| その他の特徴 | | | | | | |
| 普段の服装、持ち歩く物 | | | | | | |
| 行きつけの場所 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 要介護度 | 未申請　申請中　非該当　事業対象者　要支援1・2　要介護1・2・3・4・5 | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　（☎　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 疾患名 |  | かかりつけ  の病院 | | |  | | |
| 徘徊歴 | あり（　　　　回）　 なし | 発見場所 | | |  | | |
| 要援護登録 | あり　　なし | 地域きずな  支え合い | | | あり　　なし | | |

三介

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族の状況 | 登録者を除く  兄弟・子・孫  非同居者含 | 氏　名 | | 年齢 | 性別 | 続柄 | その他 |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| 連絡先（登録者を迎えに行ける人） | 第１連絡先 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 登録者との関係 |
| 氏　名 |  | | | |  |
| 住　所 |  | | | | |
| 勤務先 |  | | | | |
| 電話番号  （携帯番号） |  | | | | |
| 第２連絡先 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 登録者との関係 |
| 氏　名 |  | | | |  |
| 住　所 |  | | | | |
| 勤務先 |  | | | | |
| 電話番号  （携帯番号） |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 登録者が行方不明等によりこの登録票の記載内容の使用が必要に  なったとき、協力団体に登録者の氏名及び顔写真の情報提供を | □希望する  （チェック ☑ してください） |

|  |
| --- |
| 私は、三沢市徘徊ＳＯＳネットワークへの登録にあたり、三沢市及び三沢警察署がこの登録情報について共有することに同意します。  また、登録者が行方不明等によりこの登録票の記載内容の使用が必要になったときは、協力団体に情報提供を行うことに同意し、必要に応じて関係機関とケアマネジャーや医療機関、民生委員が連絡調整することを了承します。  併せて、登録者が徘徊中、第三者へ損害を与えた際、保険の範囲内で保証する、個人賠償責任保険へ加入し、加入に必要な情報を、三沢市が契約する保険者へ提供することに同意します。なお、加入にかかる事務及び保険料は三沢市が負担するものとします。  申　請　日：　　　　　　年　　　月　　　日  住　　　所：（〒　　　-　　　 　）  申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（登録者との関係：　　　　　　） |

※別紙に、本人の特徴がわかる写真（胸から上のもの及び全身のものを各１枚

受付印

ずつ）を必ず添付してください。

※届出事項に変更などが生じた場合（入所・転出・死亡など）は必ずご連絡く  
ださい。

※登録内容は、三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク以外の目的に使用することはあ

りません。

|  |
| --- |
| 登録番号　三介 |

|  |  |
| --- | --- |
| 【写真１】 | ここに**胸より上の写真**を貼ってください  撮影日：　　　　　年　　　月頃 |
| 【写真２】 | ここに**全身写真**を貼ってください  撮影日：　　　　年　　　月頃 |

登録者名：

※写真は、胸から上のもの１枚、全身のもの１枚を必ず貼ってください。

※できる限り、最近撮影したものを貼ってください。

|  |
| --- |
| 登録番号　三介 |

様式第２号（第５条関係）

三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク変更届

年　　　月　　　日

届出者氏名

　 　　住所

登録者氏名

　　 　住所

１．変更事由

　　　□対象者の要件に該当しなくなったため（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□登録内容に変更が生じたため

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

□このネットワークの利用を辞退するため

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式第３号（第８条関係）

三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク協力団体登録申請書

年　　　月　　　日

三沢市長　殿

（申請者）所　在　地

名　　　称

代表者氏名

三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク協力団体への登録を次の通り申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力団体名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 情報確認方法 | ＦＡＸ　　・　　メール　（可能なものすべてに○で囲んでください） |

なお、個人情報の取扱いについては、次のとおり誓約いたします。

|  |
| --- |
| 個人情報に関する誓約  １　この事業をとおして得た情報については、三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク事業の目的（認知症高齢者等の見守り、捜索協力などの支援）以外には使用しません。  ２　この事業をとおして得た情報については、取扱いには十分に注意します。  ３　この事業をとおして得た情報が不正に使用又は提供されることのないよう、十分に注意します。  ４　必要がなくなった情報については、責任をもって速やかに廃棄します。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＦＡＸ・メールテスト配信 | 年　　 月　　 日　　 時　　 分 | 正常　・　問題あり |

様式第４号（第８条関係）

三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク協力団体変更届

年　　月　　日

三沢市長　殿

（届出者）所　在　地

名　　　称

代表者氏名

三沢市徘徊ＳＯＳネットワーク協力団体への登録変更の届出をいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 協力団体名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 情報確認方法 | ＦＡＸ　　・　　メール |

１．変更事由

　　　□登録内容に変更が生じたため

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

□このネットワークへの協力を辞退するため

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）