

様式第1号（第4条関係）

芦屋市長 宛

芦屋市認知症高齢者の見守り・SOSネットワーク事業登録申請書

標記のことについて、下記のとおり登録を申請します。

記

		登録番号			
		登録日	年	月	日
【登録者情報】		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
(ふりがな)			旧姓		
氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳) ※登録日時点				
住所	芦屋市				
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（高齢者のみ） <input type="checkbox"/> 同居（それ以外）				
身体的特徴等	身長・体重	cm	kg	頭髮	
	体型			眼鏡	
	脸型	△ ▽ ○ □ ○		ほくろ	
	顔色	白 青白 普通 浅黒 赤		その他	
行動等の特徴	話し方 (なまり)			歩行	独歩 杖 歩行器
	姿勢	前傾 猫背 普通		その他	
散歩のルート よく立ち寄る店・場所等					
上記以外で、立ち寄る可能性のある店・場所等					
過去の行方不明の有無 発見場所（時期）		【行方不明になったこと】あり なし 【発見場所】 (年 月頃)			
認知症の状況		【程度】疑い 軽度認知症 中度認知症 重度認知症 【名前】言える 言えない 【住所】言える 言えない			
要介護度		未申請, 事業対象者, 要支援 1 2 要介護度 1 2 3 4 5			
担当ケアマネ		【事業所名】 _____ 【担当ケアマネ】 _____ 【電話番号】 _____			

【行方不明時の発見協力依頼先】※行方不明時には、再度確認します。

広域的な発見協力依頼を要する場合の依頼先	<input type="checkbox"/> 兵庫県下 <input type="checkbox"/> 近畿 <input type="checkbox"/> 全国
----------------------	---

【家族等緊急連絡先】

氏名①		関係	
住所			
自宅・携帯 TEL		勤務先 TEL	
氏名②		関係	
住所			
自宅・携帯 TEL		勤務先 TEL	

【写真】 ※直近のものを添付してください。

撮影時期： 年 月頃

撮影時期： 年 月頃

【顔写真】

※無帽，正面で顔がよくわかるもの（おおむね胸から上）

※画像に傷・汚れがなく鮮明で個人が識別できるもの

【全身写真】

※無帽，正面で全身がよくわかるもの

※画像に傷・汚れがなく鮮明で個人が識別できるもの

【情報提供意志関係】

下記の項目について同意します。

事前登録票の情報を芦屋市，芦屋警察署並びに市内の高齢者生活支援センターに提供することを同意します。

行方不明になった時に早期の発見活動を行うため，上記の利用者情報をもとに，芦屋市内の認知症見守り・SOS ネットワーク協力員へ情報提供することに同意します。

行方不明になった時に，事前登録時に希望している発見協力依頼先の他市町，他都道府県への発見協力依頼することに同意します。

発見協力依頼後，自力で帰宅もしくは発見した場合は，速やかにその旨を発見協力依頼先に連絡し解除依頼することに同意します。

年 月 日

申請者氏名 _____ ⑩

関 係 _____

連 絡 先 _____