様式第１号（第５条第１項関係）

鏡野町高齢者等見守りＳＯＳネットワーク事業事前登録申請書

　　年　　月　　日

鏡野町長　あて

（申請者）　住　所

　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印　続柄（　　　）

　　　　　　連絡先電話番号

私は、下記の者が行方不明となったときに早期に発見してもらえるよう鏡野町高齢者等見守りＳＯＳネットワークに事前登録を申請します。**（本人の全身と顔の写真を裏面に添付）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |  | 男・女 | 生年  月日 | 大正・昭和　　年　　月　　日  　　　　　（　　　　歳） |
| 氏名 |  | | （旧姓） |
| 住所 | 鏡野町 | | | | 電話 |  |
| 世帯構成 | １．ひとり暮らし　２．高齢者世帯　３．子との同居　４．その他（　　　　） | | | | | |
| 特徴 | 身長 | ｃｍ | | | 体重 | ｋｇ |
| 体格 | 痩せぎみ　　　・　　　ふつう　　　・　　　太りぎみ | | | | |
| 歩き方 | 歩行器の使用　する　しない  杖の使用　　　する　しない | | | 眼鏡 | なし　あり |
| 移動  手段 | 徒歩　・　自転車  車（No ） | | | 交通  機関 | バス・タクシー等  使える　　　　使えない |
| 名前 | 言える　　　言えない | | | 住所 | 言える　　　言えない |
| ※特記事項（出身地・よく行く場所・持ち歩くもの、保護時に注意して欲しいことなど） | | | | | |
| 担当  ケアマネ | 事業所名：　　　　　　　　　　　　担当： | | | | | |
| 主治医 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　医師： | | | | | |
| 緊急  連絡先１ | 氏名　　　　　　　　　　　（続柄：　　　） | | | | | 電話 |
| 緊急  連絡先２ | 氏名　　　　　　　　　　　（続柄：　　　） | | | | | 電話 |
| 緊急  連絡先３ | 氏名　　　　　　　　　　　（続柄：　　　） | | | | | 電話 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録内容の  個人情報提供 | 鏡野町地域包括支援センター・くらし安全課 | （必須）します |
| 担当民生委員への情報提供 | （任意）します　　しません |
| 行方不明時の情報発信 | 該当地区以外の区長への情報発信 | （任意）します　　しません |
| 該当地区以外の民生児童委員への情報発信 | （任意）します　　しません |
| 該当地区以外の老人クラブへの情報発信 | （任意）します　　しません |
| 商工会及び協力機関 | （任意）します　　しません |
| 他市町村への情報発信 | （任意）します　　しません |
| 告知放送での情報発信 | （任意）します　　しません |
| ケーブルテレビでの情報発信 | （任意）します　　しません |
| 安全・安心かがみの情報メールでの情報発信 | （任意）します　　しません |
| 上記のとおり情報提供することについて、同意します。  　また、本人が行方不明となった場合は、この申請書の内容をＳＯＳネットワーク内及び協力機関に提供することに同意します。  本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

・登録事項に変更等が生じた場合は鏡野町高齢者等見守りＳＯＳネットワーク登録変更届（様式第３号）を提出してください。

・この申請書によりいただいた情報は、鏡野町高齢者等見守り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。

|  |
| --- |
| 全身の写真（撮影日） |

|  |
| --- |
| 顔写真（撮影日） |