三田市高齢者等ＳＯＳネットワーク登録申請書

　　　年　　　月　　　日

三　田　市　長　　宛

下記のとおり、対象者の事前登録を申請します。

また、本情報について地域包括・高齢者支援センター及び警察署と情報共有すること及び行方不明時、発見・保護時において、消防・医療等関係機関と連携を図る必要がある場合は情報共有することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 〒 |
| フリガナ氏　　名 | 　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 対象者からみた続柄 |  |
| 電話番号 | 自宅：携帯： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録対象者の情報 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒三田市  |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 大・昭　　　　年　　月　　日 | 年齢 | 　　　　歳　 |
| 被保険者番号 |  | 要介護度 | 要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５ |
| 担当ケアマネ |  | （事業所名） |
| 利用サービス |  |
| かかりつけ医情報 | 医療機関：主治医： |
| 特徴 | 身長：　　　　　ｃｍ　　体重：　　　　　ｋｇ頭髪：　　　　　　　眼鏡：有　・　無（キズ・手術跡・特徴のあるホクロなど） |
| 散歩のルート、よく行く店、場所等 |
|  |
| 行方不明歴 |
| ある　・　なし（　　　　年　　月頃） | 発見場所 |  |
| その他備考（捜索時・発見時に注意してほしいこと、伝えておきたいこと等） |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 1 | フリガナ |  | 続柄 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅電話 |  | 携帯電話 |  |
| 2 | フリガナ |  | 続柄 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅電話 |  | 携帯電話 |  |

【写真】できるだけ直近、鮮明なもの（別紙可）

|  |  |
| --- | --- |
| 撮影時期：　　　　年　　月頃 | 撮影時期：　　　　年　　月頃 |
| ※顔写真 | ※全身写真 |

* **本情報は、三田市高齢者等ＳＯＳネットワーク以外の目的には使用しません。**
* **実際に行方不明となった場合、メール配信や防災スピーカーを利用して情報を募るシステムもありますが、ご利用を希望されますか？（依頼時に再度同意確認を行います。）**

**□希望する　　　□希望しない**