|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

様式第１号（第４条関係）

松川町高齢者等見守り・徘徊ＳＯＳネットワーク事業事前利用登録申請書及び同意書

　　年　　月　　日

松川町長 住所

申請者 氏名　　　　　　　　　　㊞（続柄　　　　）

電話

松川町高齢者等見守り・徘徊ＳＯＳネットワーク事業を利用したいので、添付書類を添えて次のとおり申請します。なお、記載内容のうち必要な情報が関係機関へ提供されることに同意します。

配信情報について、下記のとおり希望します。

|  |
| --- |
| ＳＯＳネットワークにおける　氏名　の配信を希望 （する・しない） |
| ＳＯＳネットワークにおける　写真　の配信を希望 （する・しない） |
| 防災無線の放送を希望 （する・しない）　 ＊防災無線は氏名の公表はせず特徴のみの放送です。 |

【登録者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | 生年月日 | | | 明・大・昭・平  　　年　　月　　日 | |
| 住所 | 松川町  自治会（　　　　　　　　）　電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | ひとり暮らし　・　高齢者のみ世帯　・　その他世帯 | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | 未申請 ・ 申請中 ・ 自立 ・ 要支援1・2　　要介護1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | |  | | | | | | ケアマネ | | |  | |
| 認知症 | 有・無 |  | | | | | | | | | | | |
| 徘徊状況 | 有・無 | あった場合、行き先・発見場所・発見に要した時間など記載 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 身体障害 | 無・有 | （障害名） | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳 | 無・有 | 判定 | | 精神保健福祉手帳 | | | | 無・有 | | | 級 | |  |
| かかりつけ医 | 医療機関 |  | | | | | | 主治医 | | |  | | |
| 特徴 | 身長 | ㎝位 | | | | | 眼鏡 | | | 無 ・ 有 | | | |
| 体重 | ㎏位 | | | | | 歩き方 | | |  | | | |
| 体型 | 痩せ形・中肉中背・太り気味 | | | | | 杖など | | | 無・有（　　　　　　　　） | | | |
| 姿勢 | ふつう ・ 猫背 | | | | | 名前 | | | 言える ・ 言えない | | | |
| 髪型・髪色 |  | | | | | 話し方 | | |  | | | |
| その他特徴 |  | | | | | | | | | | | |
| 家族連絡先 | 氏名 | | | 続柄 | | | 連絡先 | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |
| 行方不明  情報  ＊事前登録時  は記載不要 | 日時 | 月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分ごろ | | | | | | | | | | | |
| 場所 | 自宅から ・ 自宅以外で（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 服装・履物 |  | | | | | | | | | | | |
| 所持品 |  | | | | | | | | | | | |

＊添付書類・・・上半身の写真（配信を希望する場合のみ）写真の裏面に記名してください。

受付機関記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　　月　　日 | 受付機関 | 飯田警察署・松川町役場（担当　　　　　　　） |