

伊那市高齢者認知症見守りネットワーク事前登録申請書

次のとおり行方不明時の早期発見を目的とした事前登録の申し出をします。

登録者基本情報 申請日 年 月 日

(ふりがな)			
氏名		(男・女)	
生年月日		(年齢 歳)	家族構成
住所			
自宅電話番号			
特	身長 約 cm	体型 やせ形・ふつう・太り気味	
徴	頭髪・眼鏡など外見の特徴		
特 記 事 項	行きそうな場所(以前の居住地や好きな場所)		写真 ・サイズは自由 ・裏面添付でも可
	外見や行動の特徴		
	呼び方など		
かかりつけ医		医療機関名 ( )	医師名 ( )
介護度 ( )		介護サービス内容 ( )	
担当ケアマネージャー		事業所名 ( )	担当者名 ( )

申請者

氏名		(続柄 )
住所		
緊急連絡先①	(続柄 )	
緊急連絡先②	(続柄 )	
緊急連絡先③	(続柄 )	

私は伊那市認知症見守りネットワーク登録にあたり、以下の事項について同意します。

- 1 上記個人情報を管轄警察署、福祉相談課、伊那市認知症見守りネットワーク協力事業所に提供すること。
- 2 行方不明発生時において、伊那市認知症見守りネットワーク協力事業所へ情報提供すること。
- 3 認知症高齢者賠償事故保険に加入すること。事故が発生した場合には速やかに保険会社に連絡すること。

上記情報は、伊那市認知症見守りネットワーク以外の目的に使用することはありません。

届出者署名 \_\_\_\_\_