様式第１号

穴水町見守りＳＯＳネットワーク事前登録届

届出日　　　　　年　　　　月　　　　日

　穴水町長　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 登録者との続柄（　　　　　　　） | 個人情報の  外部提供承認印 |
| 住所 |  |  |
| 連絡先 |  |

　穴水町見守りＳＯＳネットワーク事業を利用するにあたり、事前登録を届出し下記の事項に同意します。

【登録者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | 男  ・  女 | 生年月日  　　　年　　　月　　　日生  （　　　　歳） | |
| 住所 |  | | 連絡先 | 自宅 |
| 携帯 |

【緊急連絡先】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先１ | 氏名 |  | 男  ・  女 | 生年月日　　　　　　　（　　　　歳）  　　　年　　　月　　　日生 |
| 住所 |  | 連絡先 | 自宅 |
| 携帯 |
| 連絡先２ | 氏名 |  | 男  ・  女 | 生年月日　　　　　　　（　　　　歳）  　　　年　　　月　　　日生 |
| 住所 |  | 連絡先 | 自宅 |
| 携帯 |

【緊急時の登録票情報の取り扱いについて】

※公開してもよい項目にチェック☑を書いて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 町防災行政無線 |  | 町防災メール |
|  | 隣接市町防災行政無線 |  |  |

※公開してもよい範囲にチェック☑を書いて下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 自治会 | |  | | 民生児童委員 | | |  | 介護保険サービス事業所 | | | | |
|  | 医療機関等 | |  | | 協力機関 | | |  | 不特定多数の団体・個人 | | | | |
|  | 県内（警察、行政、包括、その他） | | | | | | |  | 県外（警察、行政、包括、その他） | | | | |
|  | 写真（警察署・消防署・消防団等捜索に係る機関に公開） | | | | | | | | | | | | |
|  | 氏名 |  | | 住所 | |  | 年齢 | | |  | 性別 |  | 次頁太枠情報 |

なお、上記にチェック☑がない場合でも捜索発生時に届出者が希望される項目・範囲で公開します。

●本票は、穴水町役場・所轄の警察署、所轄の消防署で保管します。

緊急時及び行方不明の捜索以外で本票の情報を他へ公開することはありません。

様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 【身体的特徴】 | 【その他の特徴】  円背、すり足歩行、杖、老人車等使用等 |
| 身長： |
| 体重： |
| 体格：肥・小肥・中肉・やせ・（　　　） | 【現住所以外の住み慣れた場所やなじみの場所等】 |
| 頭髪：（　　）色　長髪・普通・短髪 |
| 眼鏡：なし・あり（色・形　　　　　　　） |
| 【かかりつけ医】　有・無 | 【これまでの徘徊の状況】 |
| 病院名： | 頻度：頻繁・週数回程度・月数回程度・季節毎・なし |
| 医師名： | 範囲：町内会・地区範囲・町内・その他（　　　　） |
| 電　話： |
| 【認知症】　あり・なし　　　名前：言える・言えない　　　　住所：言える・言えない | |
| 【緊急を要する既往症】　なし・あり（人工透析治療、インスリン注射（　　回／日）、　　　　　） | |
| 【介護認定】　無　・　有（要支援１・２、要介護１・２・３・４・５） | |
| 【障害者手帳】　身体障害者手帳（　　　　）級、療育手帳（　　　）判定、  精神障害者保健福祉手帳　（　　　　）級 | |
| 居宅介護／相談支援事業所名：　　　　　　　　　　　　　（電話：　　　　　－　　　　－　　　　　） | |
| ケアマネジャー／相談支援専門員名： | |
| 【その他特記事項】（サービスの利用状況等）： | |

【登録者の状況】

様式第１号

【登録対象者の写真】　登録者名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 写真１  胸より上の写真 |

|  |
| --- |
| 写真２  全身写真 |

※写真は、胸から上で顔がはっきりわかるものを１枚、全身のもの１枚を貼って下さい。

※できる限り、最近撮影したものを貼って下さい。

様式第２号

穴水町見守りＳＯＳネットワーク登録変更・取消届

穴水町長　　　様

届出日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 登録者との続柄（　　　　　　　） | 個人情報の  外部提供承認印 |
| 住所 |  |  |
| 連絡先 |  |

【事前登録者情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | 男  ・  女 | 生年月日  　　　年　　　月　　　日生  （　　　　歳） | |
| 住所 |  | | 連絡先 | 自宅 |
| 携帯 |

　１　変更事由（該当する項目にチェック☑をしてください）

　　□　届出内容に変更が生じた

　　□　この事業の利用を取消する

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　２　変更内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更届 | 変更後 |
|  |  |