

様式第1号（第5条関係）

つがる市認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク事業

事前登録申請書

年 月 日

つがる市長 様

（申請者） 住所

氏名

登録対象者との続柄

連絡先 電話

次のとおり事前登録を申請いたします。

ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
事前登録対象者氏名		(旧姓)			
住所	つがる市			連絡先	自宅 ----- 携帯電話
居住地	1 上記住所に同じ 2 その他 ()				
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 ()				
介護者	氏名 (登録対象者との続柄)				
登録対象者情報等	別添				

【留意点】

- ☐ 本事業への登録にあたっては、登録対象者及び親族間での情報共有を行ってください。
- ☐ 登録対象者の全身写真及び顔写真を必ず添付してください。（なるべく直近に撮影したもの、サイズは概ねL判程度。）
- ☐ 登録の際に、申請者の身分証明書（運転免許証等）を提出してください。
- ☐ 登録事項（特徴・連絡先等）に変更や変化が生じた場合はつがる市認知症高齢者等事前登録変更届（様式第4号）を速やかに提出ください。登録情報の更新（1年に1回程度）にご協力ください。
- ☐ 行方不明が発生した場合、公開搜索の意向や公開する情報の範囲について、別添登録対象者情報の同意に基づいて情報提供を行います。
- ☐ 発見協力依頼後、自力で帰宅もしくは発見した場合は、速やかにその旨を発見依頼協力先に連絡し解除依頼を行います。
- ☐ この申請書により収集した情報は、個人情報の保護に関する法律及びつがる市個人情報の保護に関する法律施行条例に基づいて管理・使用されます。

◇登録対象者情報

年 月 日現在

ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名	(旧姓)			連絡先	自宅 携帯電話
住所	自宅) 実家ほか、住所として話しそうな地名)			連絡先	自宅 携帯電話
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 ()				
介護者	氏名 (登録対象者との続柄)				
特徴	認知症の有無	疑い ・ 軽度認知症 ・ 中度認知症 ・ 重度認知症 主な認知症の症状 () 名前～言える・言えない / 住所～言える・言えない			
	話し方	標準語 ・ 津軽弁 ・ 南部弁 ・ その他 ()			
	身長	c m	体重	k g	
	体格	1 やせ気味 2 普通 3 太り気味			
	歩き方	歩行器・杖の使用 あり ・ なし		めがね	なし ・ あり
	髪型・髪色			移動手段	徒歩 ・ 自転車 ・ 車 ※自転車の特徴： 車の特徴： 車のナンバー：
	公共交通機関	利用できる ・ 利用できない			
よく持ち歩く物等					
よく行く場所、散歩コース					
行方不明の有無・発見場所等	なし ・ あり	いつ頃： 発見場所：			
要介護認定状況	1、未申請 2、申請中（申請日 ） 3、要介護認定区分：要支援（ ）、要介護（ ） 4、事業対象者				
	<担当ケアマネジャー> 事業所名： 担当者：				
	連絡先：				
かかりつけ医療機関（歯科含む）	医療機関名：			歯科医療機関名：	
	連絡先：			連絡先：	
	主たる治療中の病気：			義歯の使用：あり ・ なし	

◇緊急時の連絡先

連絡先 1	氏名	続柄	電話番号
	住所		
連絡先 2	氏名	続柄	電話番号
	住所		

◇関係機関・協力機関への情報提供について

登録情報の事前の情報提供	つがる警察署への情報提供	(必須)	○
	つがる市消防本部への情報提供	(必須)	○
	つがる市地域包括支援センター・在宅介護支援センターへの情報提供	(必須)	○
	担当民生委員への情報提供	(任意)	
行方不明時の公開 検索の意向	他自治体への情報提供（広域発見協力依頼） 配信先の範囲：（ ）青森県内全市町村 （ ）隣接道県：北海道 岩手県 秋田県 （ ）北海道・東北全県 （ ）全国都道府県 *都道府県庁・市役所（委託包括支援センター含む）など行政機関までとする場合は○、見守り・SOSネットワークの構成員まで提供する場合は◎を記入すること。	(任意)	
	市ホームページへの掲載	(任意)	
	防災無線による放送	(任意)	
	地域見守り隊等（民生委員、ボランティアほか）への情報提供	(任意)	
上記のとおり市及び関係協力機関に情報提供すること、及び留意点の説明を受けたことについて同意します。 (申請者)			

以下は市で記入します。

添付資料	☐ 全身写真	☐ 顔写真	登録番号	つがる市 -
	☐ 申請者身分証明書（ ）			
同意欄	☐ 申請者の記名			