様式第１号(第４条関係)

琴平町行方不明高齢者等SOSネットワーク事業事前登録届

　　琴平町長　様

　　　琴平町行方不明高齢者等SOSネットワーク事業(認知症高齢者等が行方不明になった場合の情報提供ネットワーク)を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請日 | 年　　月　　日 |
| 申請者 | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 |
| 住所 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 登録者 | ふりがな氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 琴平町 | 電話番号 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日生(　　　　歳)　　　 | 世帯構成 | 一人暮らし・高齢者世帯子との同居(　　　　　)その他(　　　　　　　) |
| 連絡先等 | 　親族等連絡先 | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 | 　住所電話 | 　 |
| 　親族等連絡先 | 氏名 | 　 | 続柄 | 　 | 　住所電話 | 　 |
| 本人の状況等 | 身体的特徴等 | 身長 | cm | 体重 | kg | 血液型 | 　 |
| 髪型 | 長髪・短髪その他(　　　　) | 髪色 | 　 | 名前 | 言える・言えない |
| その他(髭、体型、めがね、ほくろ、外傷跡、杖等) | 住所 | 言える・言えない |
| 行方不明歴 | 　　　　　　　回 |
| 自転車に乗る場合 | (防犯登録番号)　　　　　　(車体番号)　　　　　　(色)　　　　(型) |
| 　よくいく場所 | 　 |
| 病歴・疾患名 | 　 | 認知症診断 | 有・無 | 発症時期 | 年　　月頃 |
| かかりつけ医 | (医療機関名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号)(主治医名) |
| その他 | 　担当ケアマネ | (事業所)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号)(ケアマネ名) |

登録にあたり、以下の点について同意します。

　・町、警察署及び琴平町地域包括支援センターにおいて登録書を保管し、行方不明等によりこの登録届の記載内容が必要になった場合は、その他関係機関等及びに情報提供を行うこと。

　・町外で行方不明等によりこの登録届の記載内容が必要になった場合は、関係自治体にも情報提供すること。

　・行方不明となり警察署に届け出た場合、警察署が町及び関係機関等にその情報提供を行うこと。

　・必要に応じて町及び関係機関等とケアマネジャーや医療機関等が連絡調整すること。

　・登録内容に変更が生じた場合や登録を抹消しようとする場合は、速やかに町長に届け出ること。

　・登録者が死亡又は転出した場合は、その登録を抹消すること。

申請者（自署）