

青葉区認知症高齢者安心ネットワーク登録申込書(□新規・□変更)

登録番号: _____ 登録年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込先 青葉福祉保健センター
区受理印

申込者

ふりがな 氏名	(対象者との続柄 _____)
住所	〒 _____
電話	自宅 _____ 携帯 _____

1 青葉区認知症高齢者安心ネットワーク 登録・変更 を申請します。

ふりがな 氏名	(旧姓) _____	男・女	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)		<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
住所	青葉区 _____ (自宅・施設)		<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
電話			<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
かかりつけ医	医療機関名: _____	電話 _____	
既往歴,内服薬			
ケアマネジャー	事業所名: _____	電話 _____	
本人の特徴	身長: _____ cm位	体重: _____ kg位	眼鏡: あり・なし
頭髪: ある(白髪・黒髪)・なし	行方不明による保護歴: あり・なし		
体格: 太っている・ふつう・やせている	特記事項: 前住所、出生地、民生委員の関わり有無、難聴の有無等		
装飾品(帽子、アクセサリー等):			
行きそうな場所:			
※見守りシール事業の利用希望者は、緊急時に迎えに行ける連絡先(1か所以上)を下記に記載。			
緊急連絡先①	申請者と同じ		緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける
緊急連絡先②	ふりがな 氏名 _____ (続柄 _____) 住所 〒 _____ 電話 自宅 _____ () 携帯 _____ ()		緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける
緊急連絡先③	ふりがな 氏名 _____ (続柄 _____) 住所 〒 _____ 電話 自宅 _____ () 携帯 _____ ()		緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける

2 この情報を「神奈川県警察」に提供することを希望しますか 希望する 希望しない

3 (2で「希望する」方に確認)見守りシール事業の利用を希望しますか 希望する 希望しない

裏面の「個人情報の提供・利用に関する同意」を確認し、個人情報の提供及び利用に同意します。

同意者氏名 _____

青葉区認知症高齢者安心ネットワーク登録申込書

○本人の特徴がわかる写真として、「顔写真」、「全身写真」の2枚を提出してください。
（「顔写真」の提出は必須とします。「全身写真」は可能な限り提出してください。）

本人^{ふりがな}氏名 _____

写真（「顔写真」と「全身写真」の2枚を貼ってください）

写真 あり・なし

※ありの場合、糊付けして添付してください。
（写真は裏面に氏名・生年月日を記入してください。）

<個人情報の提供・利用に関する同意>

【同意事項】

- ① この情報を、青葉区役所、青葉区内の地域包括支援センター及び青葉警察署に情報提供すること。
- ② 発見協力依頼をした場合、発見協力依頼書の内容が発見協力機関・団体に情報提供すること。
- ③ 転居の有無等現況確認のため、必要な場合に横浜市（市役所及び区役所）が個人情報を確認すること。
- ④ 横浜市役所及び神奈川県庁を経由し神奈川県警察に情報提供すること。
- ⑤ 委託事業者に申請に必要な項目（登録者本人の住所・氏名・電話番号・生年月日・性別、申請者及び緊急連絡先の住所・氏名・電話番号・本人との続柄）を情報提供すること。

※①～③：青葉区認知症高齢者安心ネットワークを登録する場合に同意が必要です。

※④：神奈川県及び神奈川県警察への事前登録情報の提供を希望する場合に同意が必要です。

※⑤：見守りシール事業を利用する場合に同意が必要です。