

受付 ()

地域ケアプラザ・ 区役所

受付者:

保土ヶ谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録申請書(兼 見守りシール事業利用申請書)

登録No: _____

年 月 日

(申請先)

横浜市保土ヶ谷区福祉保健センター長

受理した機関印

(申請者)

ふりがな

氏名

続柄

住所 〒

電話番号(自宅) ()

電話番号(携帯) ()

1 保土ヶ谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録を申請します。

本人について	ふりがな 氏名	(旧姓)		電話番号	市外局番()
	生年月日(和暦)	年	月	日(歳)	血液型 型 性別 男・女
	住所 (住民登録地)	区		(市内転居の場合) 転居前: 区	
	特 徴	身長: cm位 / 体格: 太っている・ふつう・やせている 体重: kg位 / 頭 髪: ある(白髪・黒髪)・なし メガネ: あり・なし / 歯の 状態: ひげ: あり・なし / 身体の特徴: 認知機能: <input type="checkbox"/> 名前: 言える・言えない <input type="checkbox"/> 住所: 言える・言えない <input type="checkbox"/> 年齢: 言える・言えない 特記事項:			
	ケアマネジャー	事業所名:	(担当:)	電話	
	かかりつけ 医療機関	医療機関名:	(先生)	電話	
	既往歴 内服状況等				
※見守りシール事業の利用を希望する場合は、緊急時の迎えに「行ける」家族等の連絡先(1ヶ所以上)を記載してください。					
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		緊急時の迎え	
	住所 〒			<input type="checkbox"/> 行ける	
	電話 自宅 ()	携帯 ()			
緊急連絡先③	ふりがな 氏名	続柄		緊急時の迎え	
	住所 〒			<input type="checkbox"/> 行ける	
	電話 自宅 ()	携帯 ()			

2 この情報を「神奈川県」「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 見守りシール事業の利用を希望しますか(※2で「希望する」方に確認) 希望する 希望しない

4 登録先のケアプラザに独自のネットワークがある場合、この情報の提供を希望しますか 希望する 希望しない

保土ヶ谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録申請書(兼 見守りシール事業利用申請書)

可能な限り、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」と「全身写真」の2枚を貼ってください。本人氏名()

4 個人情報の提供・利用に関する同意

- ① この申請書に記載された情報(以下、情報)を、区役所、地域包括支援センター(地域ケアプラザ)及び区内警察署等の区が定めた情報共有機関、支援者に提供すること。
- ② 発見協力依頼をした場合、認知症高齢者等SOSネットワーク協力依頼(兼解除)連絡票の内容を区が定めた協力機関等に情報提供すること。
- ③ 転居の有無等の現況確認のため、必要な個人情報(住所・氏名・生年月日)が必要な場合に横浜市(市役所及び区役所)が確認すること。
- ④ 神奈川県及び神奈川県警察に事前登録をする場合、神奈川県及び神奈川県警察に本申請書に記載された情報提供すること。
- ⑤ 見守りシール事業の利用を希望する場合、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。

上記、同意事項を確認し、個人情報の提供及び利用に同意します。

氏名 _____