様式第１号（第５条関係）

朝日町ひとり歩き高齢者等ＳＯＳネットワーク事業利用登録申請書

　　年　　月　　日

朝日町長　　　　　　　　あて

（本人）　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（家族）　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　私は、ひとり歩き発生時に早期発見の確認を受けるため、次のとおり個人情報を提供し、朝日町ひとり歩き高齢者等ＳＯＳネットワーク事業の利用登録をしたいので申請します。

　なお、下記の個人情報は、朝日町から入善警察署及び朝日消防署に提供するとともに、ひとり歩き発生時に事業協力者に配信されることを承諾します。

※写真の配信については選択可能です。○印をお願いします。　　　　事業協力者への配信【希望する　・　希望しない】

|  |
| --- |
| 基　本　情　報 |
| 本人情報 | ふりがな氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  |
| 連絡先１ | ふりがな氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 連絡先２ | ふりがな氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 特　　　　　徴 |
| 身長 | ｃｍ | 体重 | ｋｇ | ＜写真＞ |
| メガネの使用 | 有　・　無 | 体型 | 太め・普通・やせ気味 |
| 顔型 |  | 髪型 |  |
| 杖の使用 | 有　・　無 | ｼﾙﾊﾞｰｶｰの利用 | 有　・　無 |
| 自分の名前 | 言える・言えない | 自分の住所 | 言える・言えない |
| ＜その他の特徴及び留意点＞ |

|  |
| --- |
| 【介護支援専門員の意見書】　申請者の現在の状況は、認知症により行方不明となるおそれのある者と認めます。　　（認知度　　　　　　ランク）　　　　　　　　　年　月　日　　　　　　　　担当介護支援専門員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |