

第1号様式（第5条関係）

さつま町認知症高齢者SOSネットワーク事業事前登録申請書

年 月 日

さつま町長 様

(申請者) 住所
氏名 印
電話
続柄 ()

私は、本人が行方不明時に早期発見の確認等を受けるため、次のとおり個人情報を提供し、さつま町認知症高齢者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、さつま町介護保険課からさつま警察署及びさつま町消防本部、さつま町地域包括支援センターに提供するとともに、行方不明時には早期発見に資する活動の協力者にメール配信されることを承諾します。

- 本人の同意あり
- 認知症等のため本人の同意は得られていないが、本人の安全確保のため申請

ふりがな 本人氏名		性別	男 ・ 女	
住所等	さつま町	番地	電話：	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
身体的特徴	・身長 : cmくらい ・体重 : kgくらい ・体格 : 太め・小太り・普通・やせ ・頭髪 : 白髪・黒髪・その他 ・メガネ : あり・なし ・住所氏名 : 言える・言えない ・その他 :		《写真貼付欄》	
医療・介護	かかりつけ医 (医療機関名)		(氏名)	
	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・未申請			
	ケアマネジャー (事業所名)		(氏名)	
世帯状況	氏名	生年月日	続柄	電話(連絡がとりやすい番号)

※登録して頂いた個人情報は、さつま町認知症高齢者SOSネットワーク事業以外には使用しません。