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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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，さつま町高齢者支援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） | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |