

| | |
|------|--|
| 登録番号 | |
|------|--|

多可町あんしんはーとねっと事業はいかいSOS利用事前登録申請書

申請日 年 月 日

1 基本情報 (登録者)

| | |
|------|-------------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | (呼び名) |
| 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 () 歳 |
| 住所 | 多可町 |
| 電話番号 | 自宅 () - |
| | 携帯 |

※写真を貼ってください。
(6か月以内に撮影したもの)

2 申請者情報

| | | | | |
|-------------------------|-----------|------|-----------|------|
| ふりがな | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 続柄 | | | | |
| 住所 | | | | |
| 電話番号 | 自宅 () - | 携帯電話 | | |
| 緊急時連絡先 (日中連絡がとれるところ) | 第1 連絡先 | 氏名 | 第2 連絡先 | 氏名 |
| | | 続柄 | | 続柄 |
| | | 電話番号 | | 電話番号 |
| | | 携帯番号 | | 携帯番号 |

3 付属情報 (登録者)

| | | | | |
|-----------------|--|------------------------------|-----------------|----|
| 身長 | cm | | 体重 | kg |
| 身体的特徴 | 【体格】 太り気味 普通 やせぎみ | 【頭髪】 白髪・はげている 長め・普通・短め | 【義歯】 あり・なし | |
| | | | 【その他】皮膚の色等 具体的に | |
| 認知症の状況 | <input type="radio"/> 過去にはいはいしたことが (ある ・ ない) <input type="radio"/> 自分の名前を (言える ・ 言えない) <input type="radio"/> 自分の住所を (言える ・ 言えない) | | | |
| よく行く場所等 | | | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名 | 主治医氏名 | | |
| 介護保険の利用 | 有 ・ 無 | | | |
| 介護保険の利用 有の場合 | 居宅介護支援事業所 | 担当 ケアマネジャー | | |
| GPSの利用 | <input type="radio"/> 自己所有携帯 <input type="radio"/> その他 () <input type="radio"/> 持っていない | | | |

※裏面の同意書にもご記入ください。

同意書

多可町あんしんはーとねっと事業はいかいSOS利用事前登録を申請するに当たり、次の事項について同意します。

- 1 本事業の利用について事前登録し、多可町及び西脇警察署においてその情報が登録・管理されることについて同意します。
- 2 本事業を通じて登録者の早期発見等を行う場合には、関係機関（捜索機関やネットワーク協力機関）等に対し、次の登録情報を提供することに同意します。

| NO | 利用内容 | ○をつける |
|----|--|-------|
| 1 | 防災行政無線により登録者の情報を多可町内全域へ放送する。 ※西脇警察署の判断により、西脇市内へも放送される場合があります。 | |
| 2 | 西脇多可防犯ネットにより、多可町あんしんはーとねっと協力事業所等に登録情報を提供する。 | |

※ 登録者の発見時の状態が保護又は医療を要する場合、社会福祉施設又は医療機関に必要な情報を提供します。

- 3 発見・保護時などにおいて、関係機関と連携を図る必要がある場合には、必要に応じ、登録情報を関係者で共有することに同意します。

年 月 日

住 所
本 人 _____ ㊟

住 所
申 請 者 _____ ㊟