様式第３号（第４条関係）

日南市認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワーク事前登録届

年　　月　　日

　　（あて先）日南市長

申請者氏名 　　　　　　　　　　　　㊞

住所

電話番号

（登録者本人との続柄　　　　　　　）

　　認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワークを利用したいので登録します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録者 | ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 日南市 |
| 電話 |  |
| 登録内容 | 認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワーク登録台帳（別紙１）に記入します。 |

認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワークの登録に関して下記の事項に同意します。

１　登録者の情報を日南市で保管するとともに、日南市内地域包括支援センター、管轄警察署及び日南消防署に提供されること。

２　災害時要援護者台帳へ情報提供されること。

３　登録者が行方不明等の場合は、認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワーク協力依頼書（別記様式第６号）に基づき、登録情報を認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワーク協力団体へ情報提供されること。

別紙１（別記様式第３号関係）

記載年月日：　　　年　　　月　　　日

日南市認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワーク登録台帳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな本人氏名 |  | 性別 |  |
| 身体的特徴 | ・身長：約　　　cm、体重：約　　　kg・体格：太め・小太り・普通・やせ・髪型：白髪・黒髪・その他（　　　）・ﾒｶﾞﾈ：あり・なし・住所氏名等：言える・言えない・目立つ特徴：（　　　　　　　　　　　　　　　　） | ≪写真≫※枠に入りきらない場合は別に添付してください。 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 年齢　　　　　才 |
| 住所 | （電話：　　　　　　　　　　　　） |
| 医療・介護状況 | かかりつけ医（氏名）　　　　　　　　　　　　（医療機関名） |
| 総合事業・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（氏名）　　　　　　　　　　　　（事業所名）　　　　　　　　　　　　　　　　（電話：　　　　　　　　　　　　） |
| 【特記事項】 |
| 世帯状況 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 電話（連絡がとりやすい番号） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **緊急連絡先**（第１連絡先） | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 電話（連絡がとりやすい番号） |
|  |  |  |  |
| （住所） |
| **緊急連絡先**（第２連絡先） | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 電話（連絡がとりやすい番号） |
|  |  |  |  |
| （住所） |

　上記の登録内容のうち、本人住所及び緊急連絡先に変更が生じた場合には、日南市認知症高齢者等ＳＯＳ見守り声かけネットワーク事前登録（変更・廃止）届（別記様式第５号）をご提出ください。